Voir les résumés français à la fin du numero.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony
przez
Ś. P. PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXVIII

1936.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6 m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu J. P. ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 12 złotych.

Zeszyt niniejszy, ukazał się dnia 25 listopada 1936 r.

Z Psychjatryczno-neurologicznej Kliniki Uniwersytetu Wiedeńskiego
(Kierownik: Prof. Dr. *Otto Pötzl*)

NOWE WYNIKI LECZENIA PSYCHOZ STANAMI NIEDOCUKRZENIA

podał

MANFRED SAKEL
(Wiedeń)

Kiedy ogłosiłem moją monografję o leczeniu schizofrenji przy pomocy insuliny opadły mnie wątpliwości, czy metoda ta z powodu trudności, związanych z jej techniką, znajdzie uznanie. Wkrótce jednak przekonałem się, że wątpliwości moje były nieusprawiedliwione. Rozmaite kliniki, instytuty i zakłady, z których przedewszystkiem wyliczyć muszę: Budapeszt, Wilno, Edynburg, Warszawę, Münsingen i in., zajęły się sprawą leczenia insulinowego, zorganizowały jej badanie naukowe i dostarczyły całego szeregu doświadczeń, które udoskonaliły metodykę tego leczenia. Albowiem jak każde leczenie, będące w okresie doświadczalnym, tak i leczenie insuliną wymaga jeszcze wielu modyfikacyj, zanim stanie się odpowiedniem narzędziem w ręku psychjatry. Praca niniejsza rejestruje dalszy etap rozwoju tego leczenia.

Początkowo było bardzo trudno odróżnić od siebie walor rozmaitych czynników leczniczych, szczególnie w odniesieniu do głębokości i do czasu trwania stanów niedocukrzenia. Nie miałem żadnej reguły i nie umiałem ocenić celowości poszczególnych modyfikacyj. Byłem zdany zupełnie na moje intuicyjne wyczucie i musiałem przy każdym poszczególnym stanie niedocukrzenia wedle tego wyczucia kierować jej przebiegiem. Mogę jednak stwierdzić, że pomimo wszystkich braków początkowego okresu, już w moich pierwszych doświadczeniach ujawniła się w bardzo dużym stopniu skuteczność tej metody. Jej wydolność leczniczą najlepiej zademonstruje zestawienie statystyczne materjału Kliniki Wiedeńskiej.

Ze 104 przypadków leczonych insuliną w pierwszych 2 latach naszych doświadczeń było 58 przypadków świeżych. Poszczególne statystyczne obliczenia, wynikające z tablic, które zostaną poniżej przedstawione, wykazują, że na 58 przypadków otrzymaliśmy w 88%

bardzo dobrą poprawę, która pozwoliła chorym powrócić do swego zawodu. W 70,7% poprawa wszystkich świeżych przypadków była zupełna t. zn., że nie stwierdziliśmy po ukończeniu leczenia żadnych rysów patologicznych. Również w 46 starszych przypadkach otrzymaliśmy w 47,8% bardzo dobrą poprawę, z czego 19,6% mogliśmy zaliczyć do grupy popraw zupełnych.

Tabl. I. — Schizophrenia — Obrazy paranoidalne

(+ + = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, + ? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnością do wykonywania zawodu, — = wszystkie inne przypadki)

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik				Uwagi
				++	+	+?	—	
1.	F. N.	♂ 40 l.	21.8.34-17.9.34	0				przyjęcie bez lecz. wstrząsu insulin.
			7.11.34-18.12.34	++				przyjęcie — wypisany
2.	N. Jo.	♀ 26 l.	30.9.34-21.11.34	++				wypisany
3.	A. J.	♂ 32 l.	1.2.35-23.3.35	++				"
4.	M. K.	♂ 35 l.	28.2.35-1.4.35	++				"
5.	H. E.	♀ 21 l.	7.11.34-20.12.34	++				"
6.	O. W.	♂ 21 l.	14.1.35-3.3.35	++				"
7.	A. H.	♂ 33 l.	13.1.35-3.3.35	++				"
8.	W. K.	♂ 27 l.	4.4.35-23.4.35	++				"
9.	J. F.	♂ 38 l.	22.2.34-31.3.34	++				"
10.	K. M.	♂ 28 l.	23.5.34-6.7.34	++				"
11.	A. R.	♀ 30 l.	20.2.34-1.4.34	++				"
12.	A. B.	♀ 31 l.	30.3.35-29.4.35	++				"
13.	A. H.	♀ 25 l.	2.4.35-27.5.35	++				"
14.	P. H.	♂ 27 l.	28.3.35-30.4.35		+			"
15.	E. K.	♂ 28 l.	24.3.35-18.5.35	++				"
16.	J. N.	♂ 27 l.	13.4.35-13.6.35	++				"
17.	O. H.	♀ 18 l.	6.6.35-12.9.35		+			"
18.	E. H.	♂ 16 l.	30.7.34-19.11.34	++				wypisany (lecz. od 20. 9. do 18.11)
19.	J. Tr.	♂ 19 l.	2.9.34-19.12.34	++				wypis. (lecz. od 20.9 do 19.12.34)
20.	L. T.	♂ 17 l.	1.2.35-12.6.35		+			lecz. od 18.4. do 12.6. 35. wypis.
21.	F. St.	♂ 47 l.	19.2.34-11.4.34	++				lecz. od 13.3. do 11.4. 34, wypisany
22.	A. W.	♂ 21 l.	6.5.34-30.6.34	++				wypisany
23.	J. H.	♂ 33 l.	23.3.35-7.6.35	++				"
24.	F. K.	♂ 33 l.	27.12.34-30.3.35	++				"

[1]) Tablice obejmują okres czasu od 24.X.33 do 1.X. 1935. Wzięte z pracy „*Dussik* i *Sakel:* Wyniki leczenia schizophrenji wstrząsami insulinowemi".

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik				Uwagi
				++	+	+?	—	
25.	R. J.	♂ 19 l.	6.5.35-13.7.35	++				wypisany
26.	H. H.	♂ 23 l.	8.5.35-18.7.35	++				"
27.	E. Z.	♂ 24 l.	28.3.35-12.5.35		+			"
			27.8.35 jeszcze tut.					nawrót, powtórz. lecz.
28.	H. S.	♂ 33 l.	10.4.35-31.7.35		+			wypisany
29.	J. K.	♂ 27 l.	6.2.35-22.5.35		29			bez lecz. wstrząs. insul.
			28.6.35-15.7.35					wypisany
30.	F. C.	♂ 25 l.	4.5.34-23.6.34	++				nawrót, powtórz. lecz.
			25.2.35-15.5.35		+			wypisany
31.	R. R.	♂ 37 l.	24.4.35-28.5.35	++				"
			21.6.35-29.8.35				—	nawrót, do 2.VIII. powtórne lecz. wreszcie w Steinhofie
32.	M. F.	♀ 37 l.	26.3.35-18.7.35		+			wypisany
			26.8.35-20.9.35					nawrót bez leczenia Steinhof
33.	E. P.	♂ 39 l.	26.12.34-29.3.35			+?		wypisany
			18.7.35-19.7.35					nawrót, bez leczenia Steinhof
34.	A. Sch.	♂ 19 l.	13.6.34-7.9.34				—	Steinhof

Tabl. 2. Schizofrenje z urojeniami przeważnie depresyjno-hipochondrycznemi.

(++ = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, +? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnością do wykonywania zawodu, — = wszystkie inne przypadki).

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik				Uwagi
				++	+	+?	—	
35.	S. J.	♂ 26 l.	20.3.34-30.5.34	++				wypisany
36.	A. D.	♂ 26 l.	18.5.34-8.9.34		+			"
37.	M. W.	♂ 38 l.	25.11.34-30.4.35	++				"

Tabl. 3. Schizofrenje z podnieceniami katatonicznemi na pierwszym planie

(++ = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, +? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnością do wykonywania zawodu, — = wszystkie inne przypadki).

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik				Uwagi
				++	+	+?	—	
38.	F. H.	♂ 29 l.	19.5.34-23.6.34	++				wypisany
39.	L. J.	♀ 20 l.	31.1.34-9.3.34	++				"

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik ++	Wynik +	Wynik +?	Wynik —	Uwagi
40.	F. B.	♂ 29 l.	7.10.34-22.12.34	++				wypisany
41.	R. H.	♂ 34 l.	24.10.33-11.1.34	++				"
42.	Th. R.	♀ 39 l.	21.2.35-2.4.35	++				wypisany, dalsza popr.
43.	H. W.	♂ 22 l.	16.12.33-24.2.34		+			1. przyjęcie—wypisany
			8.6.34-13.6.34	0				2. przyjęcie bez lecz. wstrząsami insulin. wypisany
			23.1.35-15.3.35	++				3. przyjęcie, nawrót powtórzenie lecz. wypisany
44.	F. K.	♂ 16 l.	2.11.33-27.1.34	++				wypisany
45.	H. W.	♀ 24 l.	31.3.35-29.5.35	++				"
46.	P. P.	♀ 23 l.	10.4.35-6.6.35	++				"
			30.6.35-10.8.35	++				2. przyjęcie z powodu nawrotu, powtórzenie leczenia, wypisany
47.	St.W.	♂ 26 l.	22.11.33-17.4.34		+			Steinhof, stamtąd po 14 dniach wypisany Nawrót po 11 miesiącach zagranicą
48.	A. W.	♀ 22 l.	14.2.34-17.5.34				—	Steinhof, polepszenie
49.	J. B.	♀ 17 l.	25.12.34-14.2.35				—	Steinhof
50.	A. G.	♀ 26 l.	12.10.34-29.5.35 5.6.35 (jeszcze tu)				—	próbnie wypisany, nie może pozostać w domu
51.	A. M.	♂ 26 l.	19.3.35-12.6.35	++				Steinhof, tam po 18 dn. dalsza poprawa

Tabl. 4. Osłupienie katatoniczne

(++ = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, +? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnością do wykonywania zawodu, — = wszystkie inne przypadki)

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik ++	Wynik +	Wynik +?	Wynik —	Uwagi
52.	O. St.	♂ 22 l.	28.3.34-25.8.34	++				wypisany
53.	F. J.	♂ 23 l.	25.9.34-28.1.35	++				"
54.	H. S.	♂ 27 l.	6.12.33-26.1.34	++				"
55.	G. W.	♀ 22 l.	15.4.35-15.8.35	++				"
56.	Z. H.	♀ 16 l.	17.9.34-31.1.35	++				"

Tabl. 5. Stare przypadki. Przypadki o przebiegu napadowym.

(++ = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, +? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnością do wykonywania zawodu — = wszystkie inne przypadki).

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik ++	Wynik +	Wynik +?	Wynik —	Uwagi
57.	H. R.	♂ 49 l.	7.5.33-13.5.33					1. Przyjęcie bez leczenia, Steinhof
			18.2.34-21.3.34	++				2. Przyjęcie, leczenie, wypisany
58.	S. L.	♂ 36 l.	20.2.34-22.3.34	++				Kilkakrotne przebywanie zagranicą, wypisany.
59.	F. H.	♂ 28 l.	13.2.35-11.4.35	++				18 lat w Niederhat i Mauer-Öhling, wypisany
60.	J. S.	♂ 24 l.	27.4.27-16.7.27					1. Przyjęcie, H. R. wypisany
			11.11.27-24.2.28					2. Przyjęcie, H. R. wypisany
			21.3.35-9.8.35	++				3. Przyjęcie, leczenie od 23.4. do 5.7., wypisany
61.	J. B.	♂ 26 l.	17.3.34-19.6.34					1927 — rok w Niederharcie.
							—	2. Przyjęcie w Steinhor
62.	Th. P.	♂ 29 l.	24.11.33-9.1.34				—	Steinhof
63.	H. K.	♀ 33 l.	5.6.17-7.6.17					1. Przyjęcie bez leczenia, Steinhof
			11.6.34-21.7.34				—	2. Przyjęcie, Steinhof
64.	J. N.	♂ 31 l.	30.12.33-1.1.34					1. Przyjęcie bez leczenia, Steinhof
			30.1.34-16.5.34		+			2. Poprawa, przyjęć.
			3.7.34-4.10.34		+			3. Przyjęcie, nawrót powtórzenie lecz. Steinhof
65.	M. E.	♀ 24 l.	28.8.33-30.8.33					1. Przyjęcie bez leczenia, Steinhof
			13.1.35-5.4.35	++				2. Przyjęcie, wypisany
			27.5.35-25.9.35				—	3. Przyjęcie, nawrót powtórzenie lecz. Steinhof.
66.	M. St.	♀ 28 l.	12.11.25-18.11.25					1. Przyjęcie bez leczenia, Steinhof
			4.5.35-26.8.35		+			2. Przyj. — wypisany
67.	W. K.	♀ 29 l.	23.5.34-28.6.34					1. Przyjęcie bez leczenia — wypisany

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik ++	+	+?	—	Uwagi
			15.12.34-26.3.35			+?		2. Przyjęcie zpowodu nawrotu, lecz. wypisany, po miesiącach powtórnie umieszczony w Zakładzie
68.	M. K.	♀ 40 l.	10.3.34-21.7.34				—	1. przyj. — wypisany
			21.1.35-16.4.35				—	2. " "
			24.6.35-15.6.35					Bez leczenia insulin Steinhof.
69.	E. K.	♂ 24 l.	5.4.28.-11.4.28					1. przyj. — wypisany
			9.6.31-21.6.31					2. przyjęcie —wypisany Steinhof.
			10.3.34-22.9.34				—	3. przyj. leczono bez poprawy wypisany
			25.10.34-27.10.34					4. przyjęcie bez lecz.— Steinhof.
70.	J. R.	♂ 19 l.	20.2.34-5.7.34		+			1. przyj. — wypisany
			7.7.34-11.9.34			+?		2. " "
			23.4.35-9.5.35					3. przyj. bez. leczenia Steinhof.
71.	E. St.	♂ 23 l.	11.10.34-22.12.34			+?		W szkole zachor., wypisanie, po 2 mies. pogorszenie.
72.	A. H.	♀ 36 l.	27.3.35-15.5.35		+			1. przyj. — wypisany
			17.7.35(jeszcze tu)					2. przyj. nawrót, bez leczenia.

Tabl. 6. Przypadki, w których psychoza trwała dłuższy czas bez poprawy.

(++ = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, +? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnościami do wykonywania zawodu, — = wszystkie inne przypadki)

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik ++	+	+?	—	Uwagi
73.	F. St.	♂ 21 l.	26.11.34-31.1.35		+			Od 1931 r. chory
74.	C. D.	♀ 25 l.	2.5.35-24.6.35		+			1. przyj. — wypisany od 1931 r. chory
75.	E. D.	♂ 19 l.	3.6.35-24.7.35		+			1. prvyj. — wypisany od 1933 — chory
76.	A. B.	♂ 42 l.	15.2.35-18.3.35	++				1. przyj. — wypis. od lat choruje
77.	A. S.	♂ 24 l.	30.3.35-11.5.35	++				1. przyj. — wypis. od lat choruje

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik ++	Wynik +	Wynik +?	Wynik —	Uwagi
78.	F. K.	♂ 36 l.	30.5.35-19.7.35			+?		1. przyj. — wypis. od koń. 1934 — chory
			19.9.35 (jeszcze tu)					2. przyj. nawrót, powtórzenie leczenia
79.	B. R.	♂ 17 l.	14.11.35-22.4.35		+			Od 1933 r. choruje — wypisany
80.	L. K.	♂ 37 l.	18.3.32-8.5.32					Od lat choruje 1. przyj. bez leczenia Steinhof
			20.3.35-5.9.35				—	2. przyjęcie — Steinhof
81.	F. K.	♂ 23 l.	18.9.34-31.10.34				—	Od roku chory, przedw. ukoń. lecz. wypis.
82.	R. A.	♀ 39 l.	6.10.34 (jeszcze tu)				—	Od 6 lat w pryw. op. częściowe leczenie
83.	M. L.	♂ 17 l.	20.9.34-6.12.34				—	Od 1932 choruje, wyp. w pryw. opiece.
84.	H. K.	♀ 23 l.	14.8.34-15.9.34					Od 1927 r. choruje 1. przyj. — bez lecz. insulin. wypisany do opieki prywatnej
			16.5.35-13.8.35					2. przyj. — wypisany
85.	L. B.	♀ 23 l.	3.4.34-5.5.34				—	Od 1931 r. chory 1. przyj. bez lecz. insulin. Steinhof
			8.5.34-31.8.34				—	
86.	Z. S.	♀ 20 l.	16.3.35-5.6.35				—	Od 7 lat choruje, wypisany do pryw. op.
87.	L. K.	♀ 35 l.	19.1.35-15.4.35				—	Od roku choruje, polepszenie, lecz. wypis do pryw. opieki
88.	A. W.	♂ 25 l.	11.6.31-22.6.31					bez leczenia insulin. wypisany
			6.4.33-11.4.32					bez leczenia insulinow. Steinhof
			6.2.33-8.3.33					bez leczenia insulinow. wypisany
			11.5.34-12.7.34			+?		wypisany
			17.11.34-15.12.34			+?		wypisany
89.	V. P.	♂ 33 l.	10.7.34-18.1.35				—	Od 1925 chory, wypisany do pryw. opieki
90.	J. P.	♂ 38 l.	7.11.33-20.12.33					1. przyj. bez lecz. insulinowego Steinhof
			23.11.34-19.1.35		+			przyj. — wypisany

Tabl. 7. Stare paranoje

(— = nie wystarczająca remisja)

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik				Uwagi
				++	+	+?	—	
91.	L. W.	♀ 41 l.	27.4.34-1.5.34					Od 1930 chory 1. przyj. bez lecz. insulinowego Steinhof
			6.11.34-8.6.35				—	2. przyj. Steinhof
92.	O. Z.	♂ 52 l.	14.9.33-30.11.33					Od lat choruje, bez lecz. insulinow. Steinhof
			4.12.34-25.4.35				—	Steinhof

Tabl. 8. Przypadki ambulatoryjne (same stare przypadki)

(++ = zupełna poprawa, + = znaczna poprawa, +? = społeczna poprawa z nieznacznemi ubytkami i zdolnością do wykonywania zawodu. — = wszystkie inne przypadki)

Przypadek	I. N.	Płeć wiek	Był na Klinice od — do	Wynik				Uwagi
				++	+	+?	—	
93.	Li.	♀ 16 l.	2 mies. w ambul.				—	choruje zaledwie 3 lata
94.	We.	♂ 23 l.	"		+			chor. około $3^1/_2$ roku
95.	Str.	♂ 25 l.	ambulatorjum		+			
96.	Fe.	♂ 23 l.	"		+			chor. od ledw. $2^1/_2$ roku
97.	Fr.	♂ 33 l.	"			+?		chor. od ledw. 4 lat
98.	Mu.	♂ 27 l.	"	++				chor od ledw. $2^1/_2$ roku
				++				nawrót, z dobr. wynik. leczony
99.	Jo.	♀ 36 l.	"	++				od lat choruje
100.	Ke.	♀ 38 l.	"		+			od lat choruje
101.	Br.	♂ 35 l.	"			+?		od lat choruje

Widzimy, że wyniki leczenia są różne w zależności do różnych postaci schizofrenji. Okazuje się, że leczenie stosowane w taki sposób, w jaki zostało ono opisane w mojej monografji, najlepiej wpływa na obrazy paranoidalne, natomiast podniecenia i osłupienia katatoniczne wykazują znacznie gorszy efekt leczniczy. Z tego powodu rozpoczęliśmy przy katatonji intuicyjnie wypróbowywać pewne odmiany leczenia insulinowego i drogą czysto empiryczną doszliśmy do 2 nowych modyfikacyj naszego leczenia.

W chwili obecnej posiadamy więc 3 modyfikacje naszego leczenia: 1) leczenie postaci paranoidalnych, 2) katatonicznych stanów

osłupienia, 3) katatonicznych stanów podniecenia. Przy ocenie modyfikacyj musimy zwrócić uwagę na 3 czynniki: a) na dawkę insuliny, b) na głębokość stanu niedocukrzenia, c) na czasokres trwania stanu niedocukrzenia. Z tych 3 czynników wydaje się nam w chwili obecnej najważniejszem zagadnienie czasokresu niedocukrzenia.

1) *Obrazy paranoidalne* leczymy nadal w taki sposób, w jaki leczenie to opisałem w monografji. Różni się od tamtego jedynie tem, że w fazie I. podajemy insulinę tylko raz dziennie. Zaczynamy od 20 jedn. i posuwamy się codziennie o 5 do 10 jedn. w górę. Doprowadzamy stan niedocukrzenia do głębokiego stanu śpiączkowego i przytrzymujemy chorego w tym stanie tak długo, jak długo to jest możliwe. Najdłuższy czasokres trwania stanu niedocukrzenia wynosi u nas 6 godzin, licząc od chwili zastrzyknięcia. Przedwczesne przerwanie wstrząsu może być spowodowane wyłącznie przez wskazania cielesne. Celem naszym jest zniszczenie i dezaktualizacja psychotycznego obrazu. Najlepszy jest efekt leczniczy wtedy, kiedy uda nam się wytworzyć amnezję stanów psychotycznych. Przerywamy przez podanie 150 gm. cukru w 300 do 400 grm. wody; w przypadku niebezpieczeństwa przez dożylne podanie 33% roztworu cukru gronowego. Najważniejszą regułą w leczeniu obrazów paranoidalnych jest przedewszystkiem przeciwskazanie do przerwania w okresie aktywacji psychozy. Możemy bowiem stan psychotyczny w ten sposób utrwalić. Naturalnie nie zważamy na niebezpieczeństwo utrwalenia obrazu psychotycznego wtedy, kiedy zachodzi niebezpieczeństwo życia. Kontynujemy leczenie wstrząsowe tak długo jak długo stwierdzamy aktywację objawów psychicznych.

2) Okazało się, że *obrazy osłupienia katatonicznego* wymagają innego postępowania. Pierwszem zadaniem leczenia będzie przedewszystkiem próba wyrwania chorego z jego sztywności mięśniowej. Obserwacja przebiegu wstrząsów insulinowych pouczyła nas o tem, że w pewnym okresie występuje nasilenie objawów psychotycznych, które określiliśmy jako aktywację psychozy; mieliśmy ponadto możność stwierdzić, że ilekroć przerywaliśmy w okresie aktywacji, obraz psychotyczny produkowany w czasie niedocukrzenia utrwalał się i nie zmieniał swej postaci także i okresie między — albo poinsulinowym. Także i w trakcie leczenia insulinowego stanów katatonicznych stwierdzaliśmy objawy aktywacji. Nieraz objawy te były nikłe: nagłe obudzenie się, chwilowy niepokój, rozluźnienie układu ruchowego, nagłe uczucie głodu, prośba o jedzenie i t. d. Modyfikacja, którą stosujemy przy leczeniu osłupienia polega na tem, że staramy się przerwać stan niedocukrzenia w momencie najsilniejszej

aktywacji psychozy. Przerywając w chwili aktywacji usiłujemy utrwalić ów stan ożywienia, który się pojawił w chwili aktywacji; staramy się doprowadzić do rozluźnienia stanu katatonicznego. Dawka, którą podajemy, powinna odpowiadać dawce wstrząsowej, t. zn. takiej, któraby przy dłuższem przeciąganiu stanu niedocukrzenia doprowadziła do śpiączki. Dawkowanie jest więc takie same, jak przy obrazach paranoidalnych, różny jest tylko czasokres przerywania.

Przerwanie w momencie aktywacji na cel pośredni: rozluźnienie stanu katatonicznego. Czasami znikają już w tym okresie leczenia wszelkie objawy; częściej jednak pokazują się skryte poza maską osłupienia urojenia, podniecenia, hebefreniczne, zaburzenia mowy i t. d. Zmuszeni jesteśmy w dalszym ciągu stosować leczenie insulinowe. W zależności od obrazu, który się z poza osłupienia wyłonił będziemy stosowali bądź to modyfikację 1. bądź też poniżej opisaną modyfikację 3.

3) *W obrazach podniecenia katatonicznego* stwierdzaliśmy już od samego początku naszych doświadczeń częste wahania poprawy. Jeden wstrząs dawał polepszenie, przy następnym stan znowu się pogarszał; trudno było pewien poziom polepszenia utrzymać na stałe. Drogą całego szeregu prób doszliśmy wreszcie do przekonania, że poto, ażeby otrzymać cały efekt leczniczy, należy skrócić czasokres pojedyńczych stanów niedocukrzenia, natomiast podawać insulinę częściej, aniżeli raz dziennie. Obecnie postępujemy przy podnieceniach katatonicznych następująco: rozpoczynamy od 15 do 20 jedn. dziennie i podajemy tę dawkę w przeciągu dnia 2 do 3 razy. Dawkę podwyższamy codziennie o 5 do 10 jedn. W pierwszych dniach podajemy węglowodany wyłącznie pod postacią pokarmów. Dopiero po większych dawkach staramy się nakłonić chorego, ażeby wypił 100 do 150 grm. cukru w wodzie, herbacie lub mleku. Dawka powinna być tak dobrana, ażeby w jej następstwie udało się doprowadzić do stałego i równomiernego uspokojenia się chorego. Istotną dla tej modyfikacji jest subtelność w ocenie czasokresu trwania hypoglikemji. Najważniejszym jest wybór chwili przerwania. Okresem optymalnym jest moment, w którym chory znajduje się bezpośrednio w fazie, poprzedzającej śpiączkę, innemi słowy—w fazie, w której senność wstępna osiągnęła swój najgłębszy stopień. Trudność przerwania polega na tem, że powinno się chorego drogą perswazji poprowadzić do tego, ażeby sam wypił ocukrzoną wodę. Nie powinno się w żadnym wypadku uciekać do pomocy zgłębnika. Musimy bowiem za każdą cenę uniknąć „wstrząsu" przymusowego karmienia,

które może zniweczyć efekt uspokojenia, uzyskany przez insulinę. O ile więc się nie udaje dobrowolne nakarmienie, a senność jest już tak głęboka, że chory nie potrafi przyjąć pokarmu, należy raczej przeczekać do chwili, w której nastąpi nieprzytomność i wtedy dopiero wykarmić przy pomocy zgłębnika. Dalsze leczenie wedle ogólnego schematu.

W obecnej chwili nie leżą więc trudności leczenia insulinowego w zagadnieniu dawki jednostkowej. Poznaliśmy również dość dokładnie przebieg poszczególnego wstrząsu i wskazania do natychmiastowej interwencji. Wskutek tego niebezpieczeństwo leczenia insulinowego znacznie się zmniejszyło. Zagadnienie aktualne to sprawa czasokresu, w którym należy przerwać wstrząs insulinowy. Nie wątpię, że dalsze badania pozwolą i w tym kierunku stworzyć ścisłe i jednoczne wskazania. Ogromnie pożyteczną okazała się współpraca rozmaitych ośrodków klinicznych. Wytworzył się zwyczaj wzajemnego, pisemnego udzielania doświadczeń i ten zwyczaj właśnie sprawia, że leczenie insulinowe postępuje szybciej naprzód, aniżeli to jest widoczne w ogłaszanych pracach.

Z Kliniki Psychjatryczno-neurologicznej Uniwersytetu Wiedeńskiego
(Kierownik: Prof. Dr. *Otto Pötzl)*

WYNIKI LECZENIA SCHIZOFRENJI WSTRZĄSAMI INSULINOWEMI METODĄ DRA SAKLA W PORÓWNANIU Z SAMOISTNYM PRZEBIEGIEM CHOROBY.

Doniesienie tymczasowe

podał

K. TH. DUSSIK

(Wiedeń)

Dla unaocznienia różnicy pomiędzy przypadkami, leczonemi dotychczasowemi metodami a przypadkami poddanemi leczeniu metodą *Sakla* zestawiłem grupę chorych, których obserwowano w Klinice w przeciągu 15 miesięcy przed wprowadzeniem metody *Sakla* z przypadkami, które leczono przy pomocy stanów niedocukrzenia, Przy wyborze i podziale przypadków porównywanych i w sposobie ich oceny kierowałem się temi samemi zasadami, któremi kierowaliśmy się przy podziale i ocenie przypadków, leczonych insuliną.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że odsetek, wyrażony cyfrą przeszło 70% zupełnych popraw, które uzyskujemy w świeżych przypadkach schizofrenji drogą leczenia insulinowego przekracza znacznie odsetek popraw samoistnych: niemniej jest rzeczą ważną dla oceny rozmiaru wyników tego leczenia odpowiedzieć na pytanie: jaki był los świeżych przypadków schizofrenji przed wprowadzeniem leczenia insulinowego. Klinika Wiedeńska jest przedewszystkiem oddziałem obserwacyjnym; nasi pacjenci odchodzą po okresie obserwacyjnym do innych zakładów leczniczych, w których stosuje się leczenie pracą oraz inne nowoczesne metody wychowania chorych. Musieliśmy przeto za naszym materjałem szukać w zakładach psychjatrycznych, względnie poza zakładami, o ile chorzy ci zostali z zakładu zwolnieni.

Zestawienie materjału porównawczego Kliniki Wiedeńskiej było szczególnie wskazane także z tego względu, ponieważ ujmujemy

pojęcie schizofrenji nieco ciaśniej, aniżeli się to dzieje gdzieindziej. Z tego też względu mają statystyki innych klinik u nas tylko ograniczone zastosowanie. Na podstawie naszych historyj chorób wybrałem spośród 370 mężczyzn, którzy przebywali od 30.VI. 1932 do 30.IX. 1933 z rozpoznaniem schizofrenji na naszej Klinice, te przypadki, które zgodnie z naszemi założeniami określiliśmy jako „świeże" w odniesieniu do leczenia insulinowego t. zn., które poraz pierwszy znajdowały się w szpitalu psychjatrycznym i u których choroba psychiczna, wedle wywiadu, nie trwała dłużej, aniżeli pół roku.

Przypadków takich było w Zakładzie równo 100, dane dokładne na podstawie historyj chorób Kliniki i zakładów oraz wywiadów u krewnych, wreszcie i badań następnych potrafiliśmy zebrać 94.

Ogółem biorąc na 94 przypadków pełna poprawa wystąpiła niewątpliwie w przypadkach 19 [1]).

W tych 19 przypadkach psychoza trwała, licząc od dnia przybycia do Kliniki:

w przypadkach	miesięcy
2	1
3	2
4	4
3	6
2	8
2	9
1	14
1	17
1	23

Widzimy z tej tablicy, że jedynie w 5 przypadkach zupełna poprawa nastąpiła w obrębie pierwszych 2 miesięcy. Jest to zaś czasokres, który odpowiada przeciętnemu okresowi leczenia insuliną i, po której w 70% otrzymaliśmy zupełną poprawę. Podnieść należy, że w 4 przypadkach na 5 nawrót choroby wystąpił już w przeciągu pierwszego roku, tak, że z owych 5 przypadków tylko jeden jest dotychczas w stanie pełnej poprawy. U wszystkich innych, z wyjątkiem powyżej wyliczonych, nie stwierdzono żadnej poprawy,

[1]) Cyfry powyższe są raczej zbyt pomyślne dla remisyj samoistnych. W 12 na 19 przypadków mogliśmy rozpoznać zupełną remisję na podstawie danych, które otrzymaliśmy od rodzin. Aczkolwiek dane te były zebrane bardzo drobiazgowo, to jednak wiemy z doświadczenia, że rodziny uważają niektóre dziwactwa chorych, które są wyrazem defektu raczej za błędy charakteru, aniżeli na resztki choroby.

albo też stwierdzono remisje z nieznacznym lub znaczniejszym defektem. U niektórych nastąpiła poprawa po znacznie dłuższem trwaniu choroby.

Już na pierwszy rzut oka uderza ogromna różnica pomiędzy samoistnemi remisjami a wynikami leczenia wiedeńskiego na korzyść tego leczenia. Szczegółowe wyniki przytoczy praca Dra *Sakla* „Nowe wyniki leczenia schizofrenji stanami niedocukrzenia", zamieszczona w tym samym numerze Rocznika. Ponieważ przypadki nieleczone dotyczą wyłącznie mężczyzn, wobec tego można wziąć pod uwagę z tablic 1 i 4 także tylko mężczyzn.

Jeżeli przeliczymy ilość przypadków z pełną remisją (19 i 94) na rachunek procentowy, to uzyskamy jako procent samoistnych remisyj względnie takich, które zostały osiągnięte przy pomocy innego leczenia liczby 20,2%. Tej liczbie przeciwstawia leczenie insulinowe 70,7% pełnych remisyj. Ilość remisyj przy leczeniu insulinowem jest więc trzykrotnie wyższa, aniżeli ilość pełnych remisyj samoistnych względnie osiągniętych innem leczeniem. Należy podkreślić z naciskiem, że czas przebywania w szpitalu jest w przypadkach zupełnych popraw, osiągniętych metodą *Sakla*, znacznie krótszy, aniżeli w przypadkach popraw samoistnych. Przy leczeniu insulinowem wynosiła ilość dni szpitalnych przeciętnie 62, w przypadkach nie leczonych, względnie inaczej leczonych przeciętnie 202, innemi słowy: chorzy nie leczeni metodą insulinową przebywali w szpitalu 3 razy dłużej.

Możnaby zrobić zarzut, ze okres obserwacji przypadków nie leczonych metodą *Sakla* jest dłuższy o $1^1/_2$ roku. Na to możemy odpowiedzieć, że remisje są tem częstsze, im bliższy jest początek choroby; wobec czego wzrost remisyj w materjale porównywanym staje się coraz mniej prawdopodobny, im bardziej oddalamy się od dnia przybycia do Kliniki. Być może, że liczba popraw zpośród przypadków leczonych zmniejszy się w przeciągu najbliższego okresu $1^1/_2$ rocznego, niemniej decydującym jest fakt, że w pierwszych latach choroby uzyskujemy dzięki leczeniu liczbę zupełnych popraw, przekraczających znacznie cyfry samoistnych. Możemy dodać, że wyniki zestawienia zrobionego przed 17 miesiącami pokrywają się zupełnie z obecnym stanem rzeczy.

Ale nietylko dane statystyczne, także i ukształtowanie porównywanych przebiegów chorobowych dowodzi o skuteczności leczenia insulinowego. Dla oceny postępów leczniczych jest przedewszystkiem miarodajne wrażenie kliniczne. Podczas leczenia insulinowego spostrzeżono cały szereg zmian fenomonologicznych, które

świadcą o bezpośrednim wpływie tego leczenia na strukturę obrazu chorobowego.

Pierwsze przejaśnienia występują przeważnie w pewnym oznaczonym odcinku stanu niedocukrzenia, tuż przed wystąpieniem senności lub śpiączki. Poprawa postępuje organicznie krok za krokiem. Kilkudniowa przerwa w leczeniu prowadzi do nowego pogorszenia. Błędy w dawkowaniu, w czasokresie trwania i w głębokości stanów niedocukrzenia sprowadzają pogorszenie. Ponadto w każdym przypadku bez względu na to, czy wynik ostateczny wypada dodatnio czy ujemnie, spostrzegamy odosobnione odczyny fenomenologiczne. Omamy przybierają inne ukształtowanie, zmienia się stosunek do otoczenia, zmienia się zachowanie chorego. Odczyny te przemawiają za tem, że stanom niedocukrzenia należy przypisać swoisty wpływ na objawy psychotyczne. W zupełnych poprawach wysuwa się na plan pierwszy syntoniczna postawa chorych i daleko posunięty krytycyzm w stosunku do swojej choroby. Powraca zdolność zawodowa i zdolność do ciepłego kontaktu z ludźmi.

Na uwagę zasługuje dodatnie nastawienie do przebytego leczenia, którą stwierdzamy u wszystkich chorych, u których osiągnęliśmy zupełną poprawę. Kiedy przed $^{1}/_{2}$ rokiem *Strecker, (Edynburg)* i *autor* przebadali leczonych chorych, znaleźli także i w przypadkach ujemnych, przebywających w szpitalach, pozytywne nastawienie do leczenia. Zdarzyło się również parę razy, że leczeni pacjenci przybywali sami do Kliniki z prośbą o powtórzenie leczenia, twierdząc, że niektóre objawy chorobowe znowu się powtórzyły.

Porównanie przypadków leczonych z nieleczonemi zwraca uwagę także na to, że leczenie insulinowe wpływa szczególnie dodatnio na paranoidalną postać schizofrenji. Podnieść należy, że wśród zupełnych popraw grupy chorych, nie leczonych insuliną znajdują się tylko 3 przypadki schizofrenji o postaci paranoidalnej. Ponadto doszliśmy do przekonania, że nadzieja na samoistną poprawę jest tem mniejsza, im powolniej rozwija się psychoza.

W przyszłości rozpoczynać będziemy leczenie postaci paranoidalnych możliwie wcześnie, a więc już w okresie, w którym stan chorego nie wymaga jeszcze umieszczenia w zakładzie zamkniętym. Przypuszczamy, że leczenie nasze oszczędzi chorym przymusowego zamknięcia w zakładzie. Na postępowanie takie zdecydujemy się tem chętniej, ponieważ przekonaliśmy się, że metoda *Sakla* nie przedstawia tak dużych niebezpieczeństw, jak to pierwotnie przy-

puszczano. Z grupy przypadków przedstawionej w pracy *Sakla*, zawierającej świeże przypadki schizofrenji (mężczyźni) leczone insuliną w przeciągu 2 lat zmarło osób 2: jeden w czasie leczenia drugi w następstwie zamachu samobójczego. Z pośród grupy nieleczonych zmarło w ciągu pierwszych 2 lat mężczyzn 8. Z tego w 2 przypadkach przyczyna śmierci nie zależała bezpośrednio od psychozy. Jeden zmarł na zapalenie płuc, drugi w następstwie uremji. Natomiast u 6 chorych przyczyną śmierci były pośrednio albo bezpośrednio następstwa choroby psychicznej, 3 chorych skończyło samobójstwem (8, 11 i 16 mies. po przybyciu do Kliniki), 2 zmarło z wycieńczenia spowodowanego odmową przyjmowania pokarmów (1 mies. i 20 mies.), wreszcie u jednego z chorych doszło podczas próby ucieczki do odmrożeń z następczą zgorzelą palców nóg i zejściem śmiertelnem (2 mies. po przybyciu do szpitala).

Zarówno kliniczne doświadczenia, jak i powyżej przytoczone zestawienia porównawcze dowodzą tego, że leczenie insulinowe jest wskazane w każdym przypadku świeżej schizofrenji. Natomiast należy podkreślić, że dodatnie efekty są w starszych przypadkach znacznie rzadsze. Ośmielamy się twierdzić, że doświadczenia nasze posunęły się tak daleko, iż przekroczyły okres prób klinicznych i możemy leczenie to jako klinicznie dojrzałe polecić dla leczenia przypadków świeżych. Całkiem inaczej przedstawia się sprawa, jeśli zwrócimy się ku zagadnieniu teorji tego leczenia. *Sakel* wytworzył sobie pewne hipotezy pomocnicze; jest jednak świadomy ich tymczasowego charakteru i uważa je jedynie za kierownicze przy próbach rozwijania tego leczenia. Cała pełnia fizjologicznych, psychologicznych, neurologicznych i patopsychologicznych zagadnień, które się w związku z leczeniem insulinowem wytworzyły, czekają jeszcze na opracowanie. Rozwiązanie tych zagadnień da nam prawdopodobnie jeszcze nie jedną wskazówkę dla postępowania leczniczego, które ostatecznie jest zawsze głównym celem lekarskiego poznania.

PIŚMIENNICTWO.

Andersen: L'insulinothérapie dans la demence précoce. Congrès des Médecins Aliénistes, Bruxelle, Juli 1935. *Baranowsky* i inni Die Methode der Insulinbehandlug der Schizophrenie. Warszawa. Czas. lek. 12, 554, 1935. *Benedek:* Insulinschockwirkung auf die Wahrnehmung. Verlag Karger, Berlin. *De Châtel* und *Palisa:* Das Elektrocardiogramm im schweren hypoglikämischen Schock. Klin. Wschr. 1935, 1784. *Dussik* und *Sakel:* Ergebnisse der Hypoglykämieschokbehandlung der Schizophrenie. Ztschft. f. d. ges. Neur und Psych. 1936, Heft 3. *Eder-*

le: Schizophreniebehandlung durch hypoglykämischen Schock. München. med. Wschr. 1936, 120. *Hoff:* Hypoglykämiebehandlung von Psychosen. Wr. klin. Wschrft 1936. *Müller Max:* Über Insulinschocktherapie bei Schizophrenen. Tag. Schweiz Neurol. u. Psych. Freiburg Nov 1935. *Sakel:* 1. Neue Behandlung der Morphinsucht J. Neur. 143, 506, 1933. 2. Neue Behandlungsmethode der Morphinsucht. Med. Wschr. 1930, Nr. 42. 3. Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Verlag Perles, Wien 1935. 4. Theorie der Sucht. Z. Neur. 129, 1930. *Strecker:* Die Insulinbehandlung der Schizophrenie. Münchn. med. Wchr. 1936, Nr. 16, S. 649. *Weygandt:* Über aktive Schizophreniebehandlung. Psych. Wchr. 1935. Nr. 51, 52.

DOŚWIADCZENIA SZWAJCARSKIE NAD LECZENIEM WSTRZĄSAMI INSULINOWEMI

podał

DOC. DR. M. MÜLLER
(Münsingen — Berno szwajcarskie)

Ze względu na to, że w Polsce podjęto pierwszą inicjatywę do skontrolowania metody *Sakla*, poczytuję sobie za szczególny i miły zaszczyt zreferować na tem miejscu doświadczenia, które poczyniono w Szwajcarji.

Pierwsze próby szwajcarskie rozpoczęto we wrześniu 1935 w kantonalnym zakładzie psychjatrycznym Münsingen, pod kierownictwem Dr. Dussika, który został przez Klinikę Wiedeńską w tym celu wydelegowany do naszego Zakładu. O tego czasu podjęło się tego leczenia dalszych 11 klinik i zakładów, a mianowicie: Kliniki: Zurych, Bazylea, Lozanna oraz Zakłady: Belelay - Berno, Bellevue - Landeron, Bellevue - Yverdon, Malevoz - Wallis, Münchenbuchsee - Berno, Oetwil - Zürich, Prangins - Waadt, i Zakład dla padaczkowych—Zurych, przyczem wszystkie te kliniki i zakłady przyjęły technikę zakładu w Münsingen.

Statystyczne zebranie leczniczych wyników zostało ostatnio przeprowadzane w sierpniu 1936. Poniżej podana tablica I. wykazuje, że efekty tego leczenia są bardzo dodatnie. Ponieważ każda statystyka wykazująca korzystne wyniki leczenia przy schizofrenji musi napotkać na zupełnie uzasadniony sceptyzm, ponieważ nie posiadamy odpowiednich porównań z spontanicznym przebiegiem choroby, staraliśmy się zastosować przy ocenie możliwie ścisłe kryterja. Położyliśmy szczególny nacisk na bardzo precyzyjne ujęcie pojęcia „zupełna poprawa". Zaliczono do zakresu tego pojęcia tylko te przypadki, w których nietylko znikły wszelkie objawy schizofreniczne, ale w których także stwierdzono zupełną restytucję afektywnego kontaktu, zdolność do modulacji afektów, krytyczne nastawienie wobec choroby i pełną zdolność do wykonania zawodu. Z tego powodu

Tablica I.

Zestawienie przypadków schizofrenji leczonych insuliną (wrzesień 1935 — początek sierpnia 1936).

Münsingen — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	8	8	16	3	8	11	11	16	27	10	8	18	*21*	*24*	*45*
„ w leczeniu	1	4	5				1	4	5	2	3	5	*3*	*7*	*10*
Razem	9	12	21	3	8	11	12	20	32	12	11	23	*24*	*31*	*55*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	6	6	12	2	6	8	8	12	20		1	1	*8*	*13*	*21*
Poprawy niezupełne				1	1	2	1	1	2	2	5	7	*3*	*6*	*9*
Bez poprawy	2	2	4		1	1	2	3	5	8	2	10	*10*	*5*	*15*

Malévoz — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	6	6	12		3	3	6	9	15	1	2	3	*7*	*11*	*16*
„ w leczeniu		3	3	1		1		4	4	2	2	4	*2*	*6*	*8*
Razem	6	9	15	1	3	4	6	13	19	3	4	7	*9*	*17*	*26*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	5	5	10				5	5	10				*5*	*5*	*10*
Poprawy niezupełne	1	1	2		1	1	1	2	3	1		1	*2*	*2*	*4*
Bez poprawy					2	2		2	2		2	2		*4*	*4*

Münchenbuchsee — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	3	4	7				3	4	7	5	2	7	*8*	*6*	*14*
„ w leczeniu	2		2				2		2	3		3	*5*		*5*
Razem	5	4	9				5	4	9	8	2	10	*13*	*6*	*19*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	3	3	6				3	3	6	3	3	6	*3*	*3*	*6*
Poprawy niezupełne										2	1	3	*2*	*1*	*3*
Bez poprawy		1	1					1	1	3	1	4	*3*	*2*	*5*

Schlössli Oetwil — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone		3	3		2	2		5	5					*5*	*5*
„ w leczeniu	1	1	2	3	1	4	4	2	6		1	1	*4*	*3*	*7*
Razem	1	4	5	3	3	6	4	7	11		1	1	*4*	*8*	*12*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne		2	2		1	1		3	3					*3*	*3*
Poprawy niezupełne		1	1		1	1		2	2					*2*	*2*
Bez poprawy															

Anstalt f. Epilept.* — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	2	2	4		1	1	2	3	5		2	2	*2*	*5*	*7*
„ w leczeniu											1	1		*1*	*1*
Razem	2	2	4		1	1	2	3	5		3	3	*2*	*6*	*8*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	1	1	2		1	1	1	2	3		1	1	*1*	*3*	*4*
Poprawy niezupełne			1					1	1					*1*	*1*
Bez poprawy	1	1	1				1		1		1	1	*1*	*1*	*2*

Burghölzli — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone					5	5		5	5					*5*	*5*
„ w leczeniu		1	1		1	1		2	2		2	2		*4*	*4*
Razem		1	1		6	6		7	7		2	2		*9*	*9*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne					2	2		2	2					*2*	*2*
Poprawy niezupełne					3	3		3	3					*3*	*3*
Bez poprawy															

Prangins — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone										2	5	7	*2*	*5*	*7*
„ w leczeniu															
Razem										2	5	7	*2*	*5*	*7*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne															
Poprawy niezupełne										1	3	4	*1*	*3*	*4*
Bez poprawy										1	2	3	*1*	*2*	*3*

Yverdon — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	1	2	3	1		1	2	2	4	1	1	2	*3*	*3*	*6*
„ w leczeniu		1	1	1	1	2	1	2	3	2	8	10	*3*	*10*	*13*
Razem	1	2	3	2	1	3	3	4	7	3	9	12	*6*	*13*	*19*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	1	2	3	1		1	2	2	4				*2*	*2*	*4*
Poprawy niezupełne										1		1	*1*		*1*
Bez poprawy											1	1		*1*	*1*

Friedmatt — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	2	1	3	1		1	3	1	4	1		1	*4*	*1*	*5*
„ w leczeniu	1	2	3	1	2	3	2	4	6	2	2	4	*4*	*6*	*10*
Razem	3	3	6	2	2	4	5	5	10	3	2	5	*8*	*7*	*15*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	2	1	3	1		1	3	1	4				*3*	*1*	*4*
Poprawy niezupełne															
Bez poprawy										1		1	*1*		*1*

Bellelay — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone		3	3		2	2		5	5					*5*	*5*
„ w leczeniu		1	1					1	1		4	4		*5*	*5*
Razem		4	4		2	2		6	6		4	4		*10*	*10*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne		1	1					1	1					*1*	*1*
Poprawy niezupełne		1	1		1	1		2	2					*2*	*2*
Bez poprawy		1	1		1	1		2	2					*2*	*2*

Landeron — Czas trwania choroby	do ½ R			½-1½ R			do 1½ R			ponad 1½ R			Razem		
	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R	♂	♀	R
Przypadki zakończone	1		1				1		1				*1*		*1*
„ w leczeniu					1	1	1		1		3	3		*4*	*4*
Razem	1		1		1	1	2		2		3	3	*1*	*4*	*5*
Wyniki przypadków zakończ.															
Poprawy zupełne	1		1										*1*		*1*
Poprawy niezupełne															
Bez poprawy															

Razem — Czas trwania choroby	do ½ R	½-1½ R	do 1½ R	ponad 1½ R	Razem
Przypadki zakończone	52	26	78	40	118
„ w leczeniu	18	12	30	37	67
Razem	69	39	108	77	185
Wyniki przypadków zakończ.					
Poprawy zupełne	40	13	53	3	56
Poprawy niezupełne	5	8	13	16	29
Bez poprawy	7	4	11	22	33

* Dotyczy schizofreników leczonych w tym zakładzie.

zaliczono do kategorji niezupełnych popraw jeszcze całą grupę przypadków, u których po leczeniu insulinowem wytworzyła się poprawa, tak daleko idąca, iż chorzy mogli wrócić do zawodu, u których jednak brakło jednego z warunków, tworzących uprzednio podaną definicję poprawy zupełnej.

Ze względu na to, że schizofrenja wykazuje tendencje do popraw samoistnych uważaliśmy za wskazane podzielić nasz materjał na grupy, zależnie od czasu trwania choroby. Najbardziej celowy wydał nam się podział na 4 klasy.

1 grupa — czas trwania choroby do $^1/_2$ roku
2 „ — „ „ „ od $^1/_2$ do $1^1/_2$ roku
3 „ — „ „ „ do $1^1/_2$ roku (1 + 2 grupa)
4 „ — „ „ „ powyżej $1^1/_2$ roku

Z tablicy 1-ej wynika, że na początku sierpnia 1936 zarejestrowaliśmy 118 przypadków, których leczenie zostało ukończone. Z teleczono 45 przypadków pod mojem kierownictwem, 73 w innych 10 zakładach. Zestawienie wyników wszystkich zakończonych przypadków wykazuje

Tablica II.

	Czas trwania choroby				Razem
	do $^1/_2$	$^1/_2$ do $1^1/_2$	do $1^1/_2$	ponad $1^1/_2$	
zupełne poprawy	40	14	54	2	56
niezupełne poprawy	5	8	13	16	29
bez poprawy	7	4	11	22	33
Razem	52	26	78	40	118

Ilość popraw wyliczona w stosunku do materjału całego, niepodzielonego wedle czasu trwania choroby wynosi zatem 47.7%. Liczba ta jest naturalnie znacznie wyższa, aniżeli liczby, które się zazwyczaj przyjmuje dla popraw samoistnych (wedle *Langego* 10% do 20%). Jeżeli się jednak podzieli materjał na poprzednio wyliczone grupy, to okaże się, że ilość popraw zupełnych odnosi się przedewszystkiem do tych przypadków u których czas trwania choroby wynosi nie więcej aniżeli $1^1/_2$ roku. Przypadki starsze nie poprawiają się prawie zupełnie. W grupie 1-ej stwierdzamy *78,8% popraw zupełnych,* w grupie 2-ej jeszcze 53,8%, w grupie 4-ej już tylko 0,5%. Ponieważ przypadki z $1^1/_2$-rocznym okresem trwania choroby przewyższają liczbowo przypadki o dłuższym czasokresie chorobowym

(78 : 40), jest wysoki procent popraw zupełnych w naszym materjale przedewszystkiem uwarunkowany przez przypadki ostre.

Na pierwszy rzut oka odnosiłoby się wrażenie, że fakt ten obniża wartość uzyskanych zupełnych popraw, albowiem nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przeciągu pierwszego półtorarocznego okresu chorobowego, a nawet w pierwszym półroczu choroby poprawy samoistne są częstsze, aniżeli później; wynoszą prawdopodobnie więcej, niż 10% względnie 20%. *Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że cyfra popraw samoistnych nie może osiągnąć nigdy 80% dla grupy I-ej a prawie 70% dla grupy I-ej i II-ej.* Ażeby jeszcze dokładniej ocenić zagadnienie możliwości popraw samoistnych w przypadkach świeżych, prosiłem kierowników o udzielenie mi wiadomości o tem, w jaki sposób określali oni przedtem, niezależnie od leczenia insulinowego, rokowanie danych przypadków, co do możliwości ich poprawy samoistnej.

Przy 56 przypadkach określono rokowanie klinicznie 16 razy jako „dobre", 19 razy, jako „wątpliwe" i 21 razy jako „złe". Przytem zaliczyłem odpowiedzi tego rodzaju, jak „raczej dobre" do „dobrych", „raczej niedobre" do „wątpliwych", tak, że ocena przebiegu samoistnego wypadła raczej zbyt dobrze. Okazuje się więc, że przypadki, które, zapomocą leczenia insulinowego, poprawiły się zupełnie, doświadczeni psychjatrzy uważali w 40% za niepomyślne, a w dalszych 30% postawili rokowanie wątpliwe.

Jeśli się uwzględni, że nasz materjał statystyczny dostarczyło 11 rozmaitych obserwatorów, to przyjąć należy, że błędy oceny podmiotowej są w znacznej mierze wyrównane. Rzut oka na tablicę I-ą pouczy, że dyspersja wyników leczenia jest w poszczególnych zakładach względnie mała. Podnieść też należy, że pojęcie „poprawy zupełnej" zostało bardzo znacznie zacieśnione. Z poprzedniego rozumowania wynika, że nie można wątpić o bardzo dużej wartości leczniczej metody z tem ograniczeniem, że wyleczenia stwierdza się przedewszystkiem w przypadkach świeżych.

Jeżeli się przeciwstawi przypadki, u których stwierdzono wogóle dodatni wpływ leczenia (zupełne i niezupełne poprawy—razem) przypadkom, w których nie było żadnej poprawy, to przesuwa się nasza ocena jeszcze bardziej na korzyść naszej metody. Dodatni wpływ leczenia stwierdzamy dla całego materjału w 72%, dla grupy I-ej w 86,5%, dla grupy II-ej w 84,6%, dla grupy III-ej w 85,8%, dla grupy IV-ej jeszcze zawsze w 45%.

Szwajcarskie doświadczenia prowadzą więc do następującego wniosku: w przypadkach, w których czas trwania choroby, nie jest

dłuższy, aniżeli 1$^1/_2$ roku, uzyskuje się procent popraw,który przewyższa znacznie cyfrę popraw samoistnych. Tak dużego procentu popraw nie uzyskano dotychczas przy pomocy żadnej innej metody leczniczej. Granica 1$^1/_2$ rocznego okresu chorobowego jest ostra. Powyżej 1$^1/_2$ roku nie można się poważnie liczyć z poprawami zupełnemi. Jednak i powyżej tej granicy stwierdzamy tak wysoką liczbę popraw niezupełnych, iż uważamy za wskazane także i w tych przypadkach bezwzględnie polecić próbę leczenia.

Analiza wpływów płci na efekt leczniczy daje w naszym materjale ujemne wyniki; przynajmniej w odniesieniu do popraw zupełnych. Ilość kobiet i mężczyzn jest w naszym niezróżnicowanym materjale prawie równa (mężczyźni 47,8%, kobiety 47,1% popraw zupełnych). U kobiet stwierdzamy nieco mniejszy procent popraw niezupełnych.

Nasze doświadczenia wskazują na to, że *jakość popraw insulinowych* jest *przeciętnie lepsza*, aniżeli jakość popraw samoistnych. Zupełnie inny jest sposób odnoszenia się do przebytej psychozy; po leczeniu insulinowem stwierdzamy znacznie częściej postawę rozluźnioną i swobodny afekt. Wiąże się to prawdopodobnie ściśle z zupełnym innym *przebiegiem poprawy*, występującej w trakcie leczenia insulinowego. Różni on się w wielu względach od przebiegu popraw samoistnych, który opisywali *Mayer - Gross, Schilder, M. Müller* i inni. Badania nad temi bardzo ciekawemi psychologicznemi problemami są dopiero w zaczątkach; zajmuje się niemi w naszym zakładzie *A. Storch.* Możemy już dziś powiedzieć, że przy leczeniu insulinowem nie stwierdzamy tych wszystkich skomplikowanych procesów, odnoszących się do walki z własnemi chorobliwemi przeżyciami.

Mechanizm popraw jest w swej dynamice raczej podobny do do sposobu, w jaki znika psychoza odległa od jaźni, np. stan zamącenia, albo majaczenie toksyczne.

Wedle naszych obserwacyj, pierwszym krokiem do poprawy jest zawsze *zmiana afektywności.* Znika afektywna sztywność i zamknięcie się w sobie, znikają dziwactwa i roztargnienie, poprawia się kontakt i spontaniczność objawów afektywnych. Urojenia i omamy utrzymują się jeszcze pewien czas, bledną coraz bardziej, tracą swój walor i znikają wkońcu niedostrzeżenie.

Szwajcarskie doświadczenia nie pzyczyniły się w niczem do rozbudowy oryginalnej techniki *Sakla*[1]). Tak długo, jak długo skut-

---

[1]) Ponieważ oryginalna metoda *Sakla* zostanie prawdopodobnie dokładnie omówiona w innych pracach Rocznika, zrezygnowałem z jej przedstawienia. Technika postępowania nie różni się w niczem od techniki Kliniki Wiedeńskiej.

ki leczenia są tak dalece zadawalające, nie widzieliśmy żadnej podstawy do jej zmiany. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeśli chodzi o dezyderaty w kierunku stworzenia modyfikacyj, któreby pozwalały bardziej indywidualnie stosować to leczenie.

Na czoło problemów technicznych wysuwa się przedewszystkiem zagadnienie leczniczej wartości poszczególnych faz leczenia i poszczególnych objawów niedocukrzenia. Wedle naszych doświadczeń, w większości przypadków konieczne jest do osiągnięcia pełnego efektu doprowadzenie stanu niedocukrzenia do fazy wilgotnego wstrząsu. Nierzadko jednak stwierdzaliśmy poprawę już w obrębie fazy pierwszej przy braku, albo też przy nieznacznych jedynie objawach niedocukrzenia; spostrzegaliśmy ponadto przypadki, przy których kilkutygodniowe wstrząsy nie dawały żadnego efektu, zaś poprawa zupełna nastąpiła dopiero wtedy, kiedy rozpoczęliśmy przerywać stan niedocukrzenia w okresie przedśpiączkowym. W niektórych przypadkach mieliśmy wrażenie, że ciężki wstrząs insulinowy wywoływał chwilowo pogorszenie stanu psychicznego.

Podobnie ma się sprawa z napadami padaczkowemi. Na 20 popraw zupełnych 7 przypadków z grupy III-ej miało od jednego do kilku napadów padaczkowych. Przy 5 przypadkach tej grupy, które nie wykazały żadnej poprawy, 2 przypadki zareagowały napadami padaczkowemi. Tylko w 2 przypadkach z 7 wystąpiła poprawa bezpośrednio po napadzie. We wszystkich innych przypadkach napad padaczkowy nie miał żadnego leczniczego znaczenia; odnieśliśmy nawet wrażenie, że czasami występowało pogorszenie stanu psychicznego.

Dalsze obserwacje pouczą nas, w jaki sposób poszczególne objawy stanu niedocukrzenia mogą być leczniczo optymalnie wyzyskane; w których przypadkach i w jakim czasie jest konieczna śpiączka, kiedy jest ona bez znaczenia, albo wręcz szkodliwa, kiedy napad padaczkowy jest pożądany i t. d. Dotychczasowe doświadczenia wskazują wyraźnie na konieczność zróżnicowania metody; pouczają nas, że opanowanie leczenia insulinowego nie jest rownoznaczne z opanowaniem stanu niedocukrzenia i jego niebezpieczeństw, ale, że ponadto konieczne jest subtelne stopniowanie i indywidualizujące postępowanie.

Z uznaniem podnieść należy, że *Sakel* w swej ostatniej publikacji sam zwrócił uwagę na te postulaty i podkreślił konieczność uwolnienia się od wszelkiej schematyzacji. Niewątpliwie będą się odnosiły przyszłe modyfikacje leczenia do rozmaitych postaci procesu schizofrenicznego; dlatego nie jest słuszne, jeżeli już dziś nie-

którzy twierdzą, że pewne typowe postacie schizofrenji np. paranoidalne bardziej się nadają do leczenia, aniżeli inne. Rozstrzygnie o tem zróżnicowanie metodyki, które stworzy optymalne modyfikacje dla rozmaitych grup. Czy już dziś można podporządkować pewne modyfikacje leczenia pewnym postaciom procesu schizofrenicznego, jak to ostatnio *Sakel* przyjmuje, uważam raczej za wątpliwe. Doświadczenia, poczynione na naszym materjale, wcale tego nie dowodzą.

Jeśli chodzi o niebezpieczeństwa, to nasze doświadczenia niczem się nie różnią od wiedeńskich. Na 118 ukończonych leczeń mieliśmy w Szwajcarji 1 przypadek śmierci. Zejście śmiertelne zdarzyło się u kobiety (51-letniej), ktora już przebyła cały szereg wilgotnych wstrząsów przy równej dawce. Podczas leczenia nie zauważono żadnych groźnych objawów z wyjątkiem lekkiej niemiarowości tętna. Zejście śmiertelne nastąpiło w 3 godziny po podaniu cukru wśród objawów obrzęku płuc. Na sekcji stwierdzono hipoplazję serca.

Szwajcarski i wiedeński materjał wykazuje śmiertelność około 1%. Cyfra ta wydaje się bardzo nieznaczna, jeśli się weźmie pod uwagę niekorzystne rokowanie leczonego cierpienia.

Nasze spostrzeżenia potwierdzają również ten fakt, że główne niebezpieczeństwo stanów niedocukrzenia odnosi się w pierwszym rzędzie do zaburzeń układu krążenia. *Hadorn* badał na naszym materjale dużemi serjami, zachowanie się elektrokardjogramu podczas stanu niedocukrzenia. Stwierdza on, podobnie jak *Châtel* i *Palisa*, stałe zmiany (spłaszczenie względnie zniknięcie zagięcia T., obniżenie odcinka ST.), także i u osobników, u których serce było zupełnie zdrowe. Zmiany te są z reguły odwracalne: nie ma więc prawdopodobnie żadnego bezpośredniego niebezpieczeństwa w czasie wstrząsu. Niemniej uważa *Hadorn*, że stałe uszkodzenie mięśnia sercowego jest możliwe i podkreśla, że nietylko u chorych na serce, ale także u chorych w wieku miażdżycowym powinno się przeprowadzić leczenie przy jaknajostrożniejszej obserwacji narządów krążenia.

Pozatem nie mogliśmy stwierdzić żadnych innych uszkodzeń cielesnych. W tem miejscu chciałem zwrócić uwagę na histopatologiczne badania *Schmida*, który u królików naśladował dokładnie przebieg leczenia i po szeregu stanów niedocukrzenia, zwierzęta zabijał. Nawet po wielokrotnych napadach padaczkowych stwierdzał on nieznaczne, odwracalne uszkodzenia układu nerwowego.

Leczenie insulinowe jest jednocześnie bardzo ważnem doświad-

czeniem w odniesieniu do zagadnień niedocukrzenia. Skłoniło to nas do studjum objawów serologicznych i humoralnych. Kierujemy się przytem oczekiwaniem, że właśnie zbadanie humoralno-patologicznych objawów, rzuci światło na nieznany nam mechanizm działania leczniczego insuliny. I tak potrafił wykazać *Heilbrun*, że przynajmniej, jeśli chodzi o szwajcarski materjał, założenie wagotonizującego działania insuliny jest tylko warunkowo słuszne. Częstotliwość tętna (zwyczajnie przyśpieszenie), parcie krwi (wzmożenie) obraz krwi (silna leukocytoza z nieznacznem przesunięciem na lewo) i podstawowa przemiana materji (zwiększenie) wskazują wyraźnie na przewagę działania sympotykotonizującego.

Dalsze już ukończone, ale dotychczas nieogłoszone badania naszego Zakładu odnoszą się do związków pomiędzy poziomem cukru we krwi a klinicznym obrazem stanów niedocukrzenia. Potwierdzają przedewszystkiem już oddawna znane zjawisko niezależności objawów niedocukrzenia od absolutnej wysokości poziomu cukru. Widzieliśmy często, że przy poziomie cukru we krwi ± 30 mlgr % nie występowały żadne, albo jedynie nieznaczne stany niedocukrzenia i naodwrót (znacznie rzadziej) ciężkie wstrząsy przy 70 a nawet 80 mlgr %. Natomiast stwierdziliśmy jednoznaczny stosunek czynnika czasowego i ciężkich objawów klinicznych, który już podkreślił *Rose*. Występowanie tych objawów zależne jest od szybkości spadku poziomu cukru we krwi i od czasokresu trwania niskiego poziomu. Oba czynniki są funkcją wielkości dawki. Zdaje się, że czas trwania stanu niedocukrzenia ma duże znaczenie. Możnaby uważać występowanie odczynów klinicznych jako wyraz wyczerpania mechanizmu przeciwregulacyjnego.

Podobnie, jak inni, stwierdziliśmy ogromną rozbieżność w stopniu wrażliwości na insulinę. Różnice dawki wahały się pomiędzy 12 a 250 jednostkami insuliny. Widzieliśmy ponadto pojedyńcze przypadki zupełnej odporności na insulinę. Wedle naszych doświadczeń nie zależą one od czasu trwania procesu schizofrenicznego, jak to początkowo przyjmował *Sakel*. Widzieliśmy niejednokrotnie względną odporność insulinową nawet w przypadkach świeżych, z drugiej wystarczyły nam nieraz małe dawki przy materjale przewlekłym. Prawdopodobnie zależą różnice osobniczej wrażliwości od konstytucjonalnych właściwości układu dokrewnego, przedewszystkiem od układu hipofizo-adrenalinowego.

Od wrażliwości insulinowej należy wyraźnie odróżnić zmiany czułości na insulinę, które stwierdziliśmy nieraz w przebiegu leczenia. Polegają one na tem, że do osiągnięcia tych samych efektów

klinicznych konieczne jest zwiększenie dawki (przyzwyczajenie); częściej jednak stwierdzallśmy uczulenie, które polegało na tem, że mogliśmy osiągnąć te same efekty kliniczne przy pomocy znacznie mniejszych dawek, aniżeli na początku. Nieraz dawka ostateczna wynosiła połowę dawki początkowej. Nie mamy wytłumaczenia dla tego faktu; nie ulega jednak wątpliwości, że przesunięcia w dawkowaniu nie stoją w żadnym związku z efektem leczenia. Poprawa nie zależy od stopnia uczulenia, a przyzwyczajenie nie prowadzi do pogorszenia stanu psychicznego.

Szczególnie ważne wydają nam się znajdujące się jeszcze w toku badania *Georgi'ego*, który próbuje ze stosunków humoralnych wydobyć pewne wskazówki dla rokowania w odniesieniu do przebiegu leczenia. Szczególnie ważnem wydaje się w tym związku stosunek K. i Ca. we krwi. Okazało się, że w czasie leczenia występuje regularnie podwyższenie poziomu potasu we krwi, przyczem zmiana poziomu jest zupełnie niezależna od leczniczego wpływu insuliny. Natomiast wytworzyliśmy sobie tymczasową regułę, że przypadki, które wykazują przed początkiem leczenia normalny iloraz potasowo-wapniowy, a równocześnie nie mają większych wahań krzywej dziennej, posiadają lepsze rokowanie, aniżeli przypadki z zbyt niskim ilorazem i wyraźnemi wahaniami dziennemi. Nie ulega wątpliwości, że badania *Georgi'ego* będą miały ogromne znaczenie dla dalszej rozbudowy metody.

Na tem kończę moje krótkie sprawozdanie. Mogłem tylko wskazać na niektóre małe wycinki szwajcarsklej pracy nad zagadnieniami leczenia insulinowego. Za najważniejszy wynik naszych doświadczeń uważam fakt, że wyniki nasze zgadzają się w zupełności z efektami leczniczemi Kliniki Wiedeńskiej. Równocześnie uczy intensywne zajęcie się tą metodą, jak ogromna jest dziedzina nierozwiązanych zagadnień w zakresie psychjatrycznym, psychopatologicznym, neurologicznym i humoralnym. Tylko najbardziej sumienna i w najdokładniejszym sensie, naukowa praca może nas zbliżyć do rozpoznania głębokich związków zachodzących pomiędzy stanem niedocukrzenia a istotą procesu schizofrenicznego. Również indywidualizacja oraz dalsza rozbudowa techniki leczenia będzie wymagała bardzo wiele krytycznej ostrożności i rozwagi. Szwajcarska psychjatrja ma nadzieję, że i nadal potrafi dostarczyć swych skromnych przyczynków do dziedziny, która się przed nami otwarła dzięki *Saklowi.*

Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Wilnie
(Dyrektor Prof. Dr. Maksymiljan Rose)

LECZENIE SCHIZOFRENJI INSULINĄ [1])

podali

J. BORYSOWICZ. J. PARADOWSKI, J. ROSE, ST. WITEK, W. ZALEWSKI

Po wypracowaniu metodyki leczenia schizofrenji w naszej Klinice[2]) przystąpiliśmy do stosowania tej metody u większej liczby chorych. Chodziło nam o stwierdzenie efektu leczniczego terapji insulinowej w schizofrenji i ewentualną zależność tego efektu od czasu trwania tej psychozy, jej przebiegu i postaci. Pozatem należało ustalić ewentualne przeciwskazania do leczenia insuliną.

Leczenie insulinowe stosowaliśmy u wszystkich schizofreników, od rodzin których uzyskaliśmy zgodę. Tendencją naszą było stosowanie tego leczenia przedewszystkiem na materjale świeżym. Pod tym względem mieliśmy jednak pewne trudności, wynikające stąd, że przypadki całkiem świeże stosunkowo rzadko przybywają do szpitala; ponadto w początkach choroby, rodziny, licząc na samowyleczenie względnie poprawę zwyczajnemi środkami leczniczemi, niekiedy nie chcą wyrazić zgody na przeprowadzenie leczenia insulinowego, o którem wiedzą, że może przedstawiać pewne niebezpieczeństwo dla życia chorego.

Leczeniu poddaliśmy 41 chorych. Razem z 19 przypadkami, ogłoszonymi poprzednio z naszej kliniki, rozporządzamy materjałem 60 przypadków, które były leczone dużemi dawkami insuliny.

Odnośnie do metodyki leczenia, to stosowaliśmy się ściśle do wskazówek podanych w poprzedniej pracy [3]). Zaznaczyć zatem na-

---

[1]) Część tej pracy została umieszczona w Czas. Lek. Nr. 33, rok 1936, jako doniesienie tymczasowe.

[2]) L. Baranowski, J. Borysowicz, M. Marzyński, A. Ossendowski, J. Paradowski, St. Witek. Metoda leczenia schizofrenji insuliną. Roczn. Psychj. 1935. Z. XXV.

[3]) J. Rose: Zachowanie się cukru we krwi w przebiegu leczenia schizofrenji insuliną. Rocznik Psychj. 1935. Z. XXV.

leży, że stosowaliśmy u każdego chorego około 20 — 40 godzin ciężkiego niedocukrzenia i około 15 zapaści hipoglikemicznych. Indywidualna rozpiętość dawki insuliny, wywołującej wstrząs, jest bardzo znaczna i waha się w naszym materjale od 20 do 392 jednostek. Stąd też i ogólna ilość stosowanej insuliny jest bardzo różna i waha się (przy pełnym leczeniu) od 840 do 8514 jednostek. Jednostką leczniczą jest, według naszej metodyki, godzina hipoglikemiczna. Chory przebył godzinę hipoglikemiczną, jeżeli czas od chwili wystąpienia pierwszych, klinicznie wyraźnych objawów niedocukrzenia (nie od chwili zastrzyknięcia insuliny) do chwili przerwania stanu hipoglikemicznego, wynosi godzinę. (Objawami niedocukrzenia są, jak wiadomo: senność, poty, zwolnienie lub przyspieszenie tętna, bladość lub czasem zaczerwienienie powłok, uczucie silnego głodu, osłabienie, szum i zawrót głowy i t. d.). Ponieważ chodziło nam o stosowanie możliwie najcięższych stanów niedocukrzenia, doprowadzaliśmy, o ile to tylko było możliwe, stany hipoglikemii do zapaści czyli wstrząsu hipoglikemicznego. O ile zapaść była śpiączkowa, chory pozostawał w niej pół godziny a nieraz znacznie dłużej, o ile zaś była drgawkowa, przerywana była natychmiast. Miarodajny dla przerwania zapaści był zawsze ogólny stan chorego. Insulinę stosowaliśmy co drugi dzień domięśniowo, naczczo, raz dziennie. Pierwsza dawka insuliny wynosiła 20 do 30 jednostek, następnie podwyższano dawkę o 10 do 15 jednostek aż do osiągnięcia stanów silnego niedocukrzenia, względnie zapaści.

Stany niedocukrzenia i zapaść trwały jednorazowo 2 do 3 godzin. Zapaść przerywano najczęściej wlewaniami dożylnymi 40% glukozy, czasem karmieniem węglowodanami przez zgłębnik. Po przerwaniu zapaści otrzymywał chory w dowolnej ilości węglowodany, najmniej jednak około 300 gr. Celem zapobieżenia zapaściom nocnym, otrzymywał każdy chory w dniu zastrzyknięcia insuliny w 2 godziny po kolacji silnie słodzoną herbatę. Taką samą herbatę otrzymywał też w nocy natychmiast po stwierdzeniu najlżejszych nawet objawów niedocukrzenia. Dzięki temu zapaści nocne należą obecnie do niezwykłych rzadkości. Czas trwania leczenia insulinowego wynosił około 2 miesięcy. Stosowana była wyłącznie insulina P. Z. H.

Uważamy,że metodyka nasza znacznie przewyższa metodykę stosowania wstrząsowych dawek insuliny, podaną przez *Sakla* [1]).

---

[1]) Obecnie jak wynika z ostatniej pracy *Dussika* i *Sakla:* „Ergebnisse der Hypoglykaemieshockbehandlung der Schizophrenie" (Ztsch. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 155 H/3 1936), skrócili ci autorzy tak zw. fazę pierwszą, w fazie drugiej (wstrząsowej) podają insulinę prawie wyłącznie tylko raz dziennie, faza trzecia

Sakel podawał insulinę 2 do 3 razy dziennie w 4 fazach. W pierwszej fazie podawał dawki małe, przygotowawcze, w drugiej dawki wstrząsowe, podając w przerwach między zastrzykiwaniami insuliny duże ilości cukru, w trzeciej fazie stosował dawki insuliny małe albo nie stosował ich wcale, w czwartej znowu fazie dawki insuliny większe. Stany niedocukrzenia przeciąga *Sakel* do czterech i więcej godzin.

Jest rzeczą jasną, że przy podawaniu insuliny a następnie węglowodanów i powtórnym zastrzyknięciu insuliny nie można znać dokładnie czasu, który przebył chory w stanie niedocukrzenia, ani też zorjentować się w natężeniu stopnia hipoglikemii. Pozatem naraża się chorego na występowanie zapaści późnych (nocnych) tak groźnych dla życia. Ponieważ zaś stany niedocukrzenia, możliwie ciężkie, mają właśnie działać leczniczo, to widocznem jest, że stosowanie insuliny raz dziennie i wprowadzenie pojęcia godzin hipoglikemicznych, umożliwia dość dokładne określenie czasu, jaki pacjent przebył w stanie niedocukrzenia. Doprowadzenie zaś stanów hipoglikemicznych do zapaści daje pewność, że stan niedocukrzenia jest możliwie ciężki. Przerwanie wreszcie zapaści w rannych godzinach bardzo utrudnia występowanie zapaści nocnych. Stanów ciężkiego niedocukrzenia wzgl. zapaści nie przeciągaliśmy — jak wspomnieliśmy wyżej — dłużej niż 3 godziny. Jak pouczyły nas bowiem doświadczenia na królikach, zapaści, trwające powyżej 4 — 5 godzin, mogą powodować zejście śmiertelne, któremu nie da się zapobiec przez podawanie największej nawet ilości cukru dożylnie lub doustnie. Potwierdzeniem naszych doświadczeń wydaje się być jedno (a może i dwa) zejścia śmiertelne z przypadków *Sakla*. W przypadku tym bowiem stan niedocukrzenia i zapaści trwał 4 godziny a zapaść nie dała się już przerwać przez podanie cukru. W innym śmiertelnym przypadku *Sakla* pacjent padł napewno ofiarą zapaści nocnej.

Podkreślić należy, że na 718 zapaści nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego.

Przez schizofrenię rozumiemy grupę psychoz w ujęciu *Bleulera*. Zatem, co podkreślić musimy, obejmujemy leczeniem insulinowem również amencję i psychozy reaktywne o obrazie schizofrenicznym.

Ocena skuteczności zabiegów leczniczych w schizofrenii nie jest sprawą łatwą. Wiadomo bowiem, że w przebiegu psychozy

---

została zamieniona na dnie wypoczynku pomiędzy zastrzykiwaniami insuliny, w fazie czwartej podają małe (do 40 jedn.) dawki insuliny 2 do 3 razy dziennie. Stosują więc ci autorzy obecnie we wszystkich istotnych punktach insulinę według naszej metody.

rozszczepieniowej samowyleczenie a w szczególności poprawy nie należą do rzadkości. Znanem jest powszechnie, że zdolność do samowyleczenia wzgl. poprawy w schizofrenii stoi w związku z czasem trwania, przebiegiem i postacią choroby. Im krócej i ostrzej przebiega psychoza, tem widoki zniknięcia objawów chorobowych są większe. Stopień poprawy bywa często oceniany miarą zdolności chorego do pracy, co nie zawsze idzie w parze z istotną poprawą stanu psychicznego. Dlatego konieczne jest podanie, co rozumieć będziemy przez remisję, a co przez poprawę — w schizofrenii.

O remisji mówić będziemy tylko wtedy, gdy pacjent po przebyciu psychozy, nie wykazuje absolutnie żadnych objawów chorobowych w porównaniu ze stanem prepsychotycznym. O znacznej poprawie mówić będziemy wtedy, gdy pacjent już zdolny do pracy i utrzymania się na swym stanowisku społecznym, nie jest jednak do swej przebytej psychozy bezwzględnie krytycznie ustosunkowany (np. sądzi, ale nie jest całkiem pewny, że miał urojenia, omamy, albo tłómaczy swe stany psychotyczne np. że nie mówił, gdyż nie miał nic do powiedzenia, nie jadł, gdyż nie miał apetytu i t. p.). O znacznej poprawie mówić będziemy także wtedy, gdy pacjent, krytycznie odnoszący się do swej przebytej choroby i zdolny do pracy oraz życia w społeczeństwie, zmienił się w usposobieniu w porównaniu ze stanem przedchorobowym (jest np. zanadto wesoły lub smutny, milczący lub rozmowny, ma skłonność do odasabniania się, stał się wyniosły lub ironiczny i t. p.). Gdy w przebiegu schizofrenii ustępują pewne lecz nie wszystkie objawy psychotyczne albo bardzo zmniejsza się ich nasilenie, a brak jest występowania nowych objawów schizofrenii i chory staje się bardziej socjalny — mówimy o nieznacznej poprawie.

Zdajemy sobie sprawę, że w ocenie nieznacznych popraw mogą się zdarzać błędy. Możliwe jest bowiem, że mimo pogorszenia stanu psychicznego, odnosi się niejednokrotnie wrażenie nieznacznej poprawy. Tak np. można odnieść wrażenie nieznacznej poprawy, gdy zbledną omamy i przeżycia urojeniowe, które mogły czynić pacjenta asocjalnym. Tymczasem zdarza się to nierzadko wtedy, gdy psychoza przeszła w stadjum chroniczne już bez żadnych widoków na istotne polepszenie.

W stanach nieznacznej poprawy dochodzi więc tylko do przerzucenia się psychozy na inny i to może bardziej socjalny tor, bez żadnego jednak wpływu na istotny proces chorobowy. W stanach znacznej poprawy mamy już prawo sądzić, że doszło do polepszenia a przynajmniej do zatrzymania się procesu chorobowego. Po osiąg-

nięciu zaś remisji prawdopodobnem jest, że doszło do chwilowego przynajmniej wyleczenia się pacjenta.

Zauważyć należy, że rozstrzygnięcie, czy w poszczególnym przypadku mamy do czynienia z remisją czy też ze znaczną poprawą, jest teoretycznie stosunkowo łatwe, praktycznie jednak natrafia częstokroć na znaczne trudności, tak, że często ocena ta jest subjektywna. Dlatego też w następnych naszych wywodach będziemy remisje i znaczne poprawy łączyli razem, bo to daje nam większe prawdopodobieństwo zbliżenia się do prawdy. Stanom nieznacznej poprawy poświęcimy najmniej uwagi i będziemy je zaznaczali tylko w tablicach.

Materjał nasz, obejmujący 60 przypadków podzieliliśmy na 3 grupy. Do pierwszej grupy zaliczone zostały te przypadki schizofrenji, w których psychoza wystąpiła po raz pierwszy, przebiegała bez poprawy aż do leczenia insulinowego, a czas trwania choroby nie przekraczał roku. Przypadków takich mamy 20. Będziemy je określali jako świeże. Do drugiej grupy zaliczamy tych chorych, u których w przebiegu schizofrenii doszło samoistnie raz lub więcej do wyraźnej poprawy stanu psychicznego, lecz nie do zupełnej remisji. W grupie tej określamy przypadek jako świeży, gdy czas trwania psychozy razem z czasem poprawy nie przekracza roku. Jeżeli jednak pomiędzy poszczególnemi ujawnieniami się schizofrenii, pacjenci nie wykazywali żadnych zgoła objawów chorobowych, czyli znajdowali się w stanie pełnej remisji, to wówczas ze względów praktycznych określamy wystąpienie psychozy po raz drugi lub trzeci jako nowe zachorowanie i uważamy przypadek za świeży, gdy czas trwania ostatniej psychozy nie przekracza roku — za stary, gdy trwa dłużej. Przypadków takich mamy: świeżych 6, starych 10. Do trzeciej grupy zaliczamy te przypadki, w których schizofrenia, wystąpiwszy po raz pierwszy, trwa bez przerwy dłużej, niż rok. Przypadków grupy 3-ciej mamy 24. Wszystkie te 3 grupy zestawiliśmy na załączonych tablicach (I — IV).

Dane kliniczne, dotyczące pierwszej serji chorych, leczonych insuliną (19 przypadków) podaliśmy w poprzedniej pracy. Poniżej podajemy krótkie streszczenia historji chorób następnych chorych leczonych insuliną (41 przypadków), podając niektóre szczegóły leczenia na tablicach I — IV.

P. L. Nr. hist. chor. 2114. (Tabl. I. przyp. 1) lat 17. W rodzinie chorób psychicznych nie było. Pacjent w szkole uczył się miernie. Uchodził za marzyciela i odludka. Przed kilkunastoma miesiącami tj. będąc w IV klasie gimnazjalnej, często na lekcjach zamyślał się i wyrwany przez nauczyciela, odpowiadał zupełnie co innego. Uśmiechał się przytym tępo i naśladował gesty nauczyciela.

W domu był krnąbrny, na pytania rodziców odpowiadał rubasznie, nie chciał wstawać z łóżka, często się onanizował, kładł się spać z czapką na głowie, twierdząc, że to chroni go od naprężania się „ptaszka" (członka). Mówił, że sąsiadka śledzi go i podsłuchuje jego myśli. Jadł z oporem, wpatrywał się godzinami w jeden punkt. Przyjęty do Kliniki 13.IX. 1935.

Na oddziale zahamowany, milczący, uśmiecha się bez widocznego powodu, lekarzom daje odpowiedzi lakoniczne, z częstem wtrącaniem słowa „ptaszek". Zanieczyszcza się moczem. Z innymi chorymi nie rozmawia, w czasie odwiedzin matki, ucieka przed nią i chowa się. Pod względem fizycznym typowo astenicznej budowy ciała.

W czasie od 5.XI.35 do 6.II.36 przebył leczenie insulinowe: 21 zastrzyków, w ogólnej ilości około 2000 jedn. W 2 — 3 kwadranse po zastrzyku sam prosi o jedzenie „bo jestem strasznie głodny" (przedtem mutismus). Przebył 18 zapaści wśród zlewnych potów i zamroczenia, kilkakrotnie występowało tętno dykrotyczne, wytrzeszcz gałek ocznych i trismus.

Już w połowie tego leczenia zauważono poprawę, pacjent stawał się przystępniejszy, przestał parskać śmiechem i zanieczyszczać się. Urojeń nie wypowiadał. W tym stanie w tydzień po ukończeniu leczenia, został zabrany do domu. Tam — jak wynika z relacji od matki — przez szereg tygodni zachowywał się poprawnie, później zaczął pogarszać się, unikać ludzi i tp. Ostatnio, jak donosi matka, „wykombinował sobie, że skacze z Ewerestu", często wspina się na różne przedmioty i usiłuje zeskakiwać.

R. J. Nr. hist. chor. 2012. (Tabl. I. przyp. 3), lat 17, ucz. 4 gimn. Brat matki był psychicznie chory. Ojciec dziwak. Pacjent od najmłodszych lat uparty, małotowarzyski, małomówny. W gimnazjum uchodził za b. zdolnego ucznia. Przed 2 laty rodzice zauważyli, że pacjent w czasie spaceru nagle zatrzymał się i stał nieruchomo, niekiedy cofał się parę kroków wstecz, poczem dopiero szedł naprzód względnie biegł, jakby chciał nadrobić utracony czas. Wstawał z krzesła w ten sposób, że najpierw kilkakrotnie podnosił się z niego i opadał z powrotem. Pytany o to, nic nie odpowiadał a tylko bezradnie wzruszał ramionami. Mimo różnorodnego leczenia (hormonalnego, gorączkowego i tp.) stan ten nie poprawiał się. Po pewnym czasie zaczął dziwacznie wymachiwać rękami przy chodzeniu, stał po kilka godzin na jednem miejscu, oddawał mocz pod siebie, wrogo odnosił się do rodziny.

29.V.35 przybył do Kliniki. Na oddziale spokojny, odpowiadając na pytanie lekarza, często zatrzymuje się w połowie zdania i potrząsa głową, cofa ją wstecz, zakłada rękę na głowę i patrzy w jeden punkt, czasem wahadłowo porusza tułów do przodu i tyłu. Zapytany podaje: „zawsze w szkole tak gestykulowałem, pomagałem sobie w ten sposób na lekcjach, gdy się zastanawiałem, każdemu wyrazowi towarzyszył jakiś ruch". Poprzednie swoje zatrzymywanie się tłumaczył, że „przychodziła pustka myślowa, więc przystawał, dopiero, gdy zjawiało się jakieś silniejsze wrażenie np. szmer, widok przejeżdżającego auta i tp., szedł dalej. Nieraz uciekał się do wyobrażeń, że jedzie pociągiem lub samolotem i w ten sposób pobudzał siebie do ruchu. Samorzutnie żadnych życzeń nie wypowiada, słabo kontaktuje z innymi chorymi, stale zanieczyszcza się moczem. Po namowach pisze listy do rodziny, niedbałe w formie, lakoniczne, pozbawione wszelkiej serdeczności.

10.X.35 rozpoczęto leczenie insulinowe. Pierwsza zapaść śpiączkowa wystąpiła po 200 jedn. połączona z drgawkami toniczno-klonicznymi całego ciała , które natychmiast ustąpiły po wlaniu glukozy dożylnie. Przy dalszych zapaściach — po-

mimo zwiększanych stale dawek insuliny — tylko dwukrotnie występowały objawy drgawkowe i to tylko w zakresie mm. twarzy. Zapaści zaczynały się ogólną bladością powłok, przyśpieszeniem tętna, skargami na widzenie barwnych pierścieni przed oczyma, nasilającym się poceniem i sennością tak, że coraz trudniej można go było zbudzić. Przytomność wracała zawsze już w trakcie dożylnego wlewania 40% glukozy.

Po 5 — 6 zapaściach, pacjent zaczął twierdzić, że czuje się znacznie lepiej: podawał, że potrafi bardziej skupić uwagę, niż dawniej, że chodzi z większą swobodą i nie zatrzymuje się tak, jak poprzednio, czuje w sobie więcej pewności, ruchy nie napotykają już na „zapory", które dawniej przytrzymywały go w miejscu. Przestał zanieczyszczać się i zaczął przejawiać więcej swobody, inicjatywy, pomagał w porządkowaniu biblioteki szpitalnej, chętniej wychodził na wspólne spacery. Czytywał gazety i Trylogję Sienkiewicza. Jednak nadal pozostały pewne dziwaczne ruchy (np. nagłe ruchy rąk bez dającego się dostrzec celu, przygryzanie warg i tp.) oraz tendencja do opowiadania w sposób krótki, lakoniczny z zatrzymywaniem wzroku na jednym punkcie.

W czasie od 24.III. do 30.V. 1936 powtórzono leczenie insuliną, po którem w stanie utrzymującej się a opisanej wyżej poprawy, pacjent został zabrany do domu.

S. T. Nr. hist. chor. 2007. (Tab. I. przyp. 4), lat 35, przybyła do Kliniki 25.V.35 r. Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dziecięctwie psychicznie i fizycznie rozwijała się prawidłowo. Z usposobienia była pogodna, pobożna, pracowita, przywiązana do rodziny. Zamąż wyszła w 23 r. życia. Rodziła 4 razy, nie roniła. Latem 1934 po śmierci dziecka, bardzo rozpaczała, często płakała. Kilka miesięcy potem stała się smutna, przestała zajmować się gospodarstwem, opiekować się dziećmi, całymi dniami leżała w łóżku. W grudniu tegoż roku stan psychiczny chorej wybitnie się pogorszył, zaczęła mówić, że sąsiedzi ją czarują i chcą zgładzić ze świata. W nocy nie sypiała, jadała bardzo mało pod przymusem. Na kilka tygodni przed przybyciem do Kliniki była b. niespokojna, krzyczała, wybiegała z domu, mówiła, że niema dzieci, że jakiś człowiek chce ją zabić i tp.

Na oddziale b. niespokojna, rwała bieliznę na sobie, monologizowała, spała tylko po środkach nasennych. Nie przyjmowała pokarmów, była karmiona sondą. W krótkim czasie chora uspokoiła się, nie odpowiadała na pytania, siedziała skulona na jednem miejscu, bez kontaktu z otoczeniem. Jadała źle.

W takim stanie rozpoczęto dn. 10.X.35 leczenie insuliną. Po 20 jedn. chora w drugiej godzinie spociła się, była senna. W 90 minut po zastrzyku 35 jedn. wśród objawów silnego niedocukrzenia, dostała zapaści śpiączkowej. Zapaści takich przebyła 15.

Stan psychiczny w czasie leczenia i później, pozostał bez zmian. Fizycznie chora poprawiła się, sama jada, przybyła na wadze 3 kg.

R. S. Nr. hist. chor. 1706. (Tab. I. przyp. 10), lat 34, przybyła do Kliniki 16.IV.34 r. Zachorowała przed $3^1/_2$ laty, była bardzo niespokojna, wybijała szyby w mieszkaniu, niszczyła meble, nie jadała. Przebywała w zakładzie a później w Kolonji dla umysłowo chorych, gdzie była spokojna, lecz do żadnej pracy nie udało się ją nakłonić. Przed przybyciem do Kliniki była niespokojna, wielomówna, miała omamy, wypowiadała urojenia. Mówiła, że ma w mózgu różnych ludzi znajomych, którzy wchodzą i wychodzą, rozmawiają, spiewają, kłócą się. W Klinice okresowo niespokojna, dziwaczna, wykazuje przeżycia urojeniowe o treści prześladowczej.

Dnia 3.XI.35 r. rozpoczęto leczenie insuliną. Pierwsza zapaść wystąpiła po 30 jedn. Przebyła 15 zapaści śpiączkowych wśród zlewnych potów. Najwyższa dawka insuliny 70 jednostek.

Stan psychiczny pacjentki w czasie jak i po leczeniu, nie uległ poprawie.

K. Z. Nr. hist. chor. 1836. (Tab. I. przyp. 12), lat 33, przybyła do Kliniki 22.XI. 1934 r. Dziedzicznie nie obarczona. W dziecięctwie rozwijała się prawidłowo. Zamąż wyszła w 22 r. życia, pożycie małżeńskie zgodne. Z usposobienia wesoła, towarzyska, nieco skryta. W ciążę nie zachodziła. Przed 4 laty usposobienie pacjentki zmieniło się, unikała towarzystwa, niczem się nie zajmowała. Do stanu tego dołączyły się skargi na różne dolegliwości fizyczne. Leczyła się u znachorów. Przed 2 laty wystąpiły urojenia i omamy: mówiła, że kał jej zatrzymuje się w jelitach, przechodzi następnie do krwi i zatruwa jej organizm. Z tego powodu okresowo 3 — 5 dni nic nie jadała. Mówiła, że jest opancerzona, że nie może się ruszać, w nocy często budziła się z krzykiem, mówiąc, że słyszała strzały karabinowe, widziała djabła. Zaczęła dziwacznie się ubierać, ubierała dwie różnego koloru pończochy albo pantofle. Umieszczona na Kolonji dla psychicznie chorych, uciekła po kilku dniach, mówiła, że na wsi wszy wchodziły jej przez kiszkę stolcową i sprawiały ból. Przed przybyciem do kliniki uciekała z domu, zaczepiała przechodniów, mówiła, że ma tajemnicze siły w sobie.

Na oddziale okresowo podniecona, bije otoczenie pod wpływem przeżyć urojeniowo-omamowych, nie sypia, negatywistyczna.

9.IX.35 rozpoczęto leczenie insuliną. Chora w czasie leczenia była bardzo niespokojna, zwłaszcza na 5 — 10 minut przed zapaścią występowały stany silnego podniecenia, krzyczała, zrywała się z łóżka, urojenia i omamy potęgowały się. Po przejściu zapaści nieprzystępna, wrogo odnosi się do lekarzy, wymyśla nieprzyzwoitemi wyrazami. Stan psychiczny po leczeniu — bez zmian.

P. J. Nr. hist. chor. 2168. (Tab. I. przyp. 20) lat 30, rolnik. Matka typ schizoidalny. Pacjent jedynak, wcześnie osierocony wychowywał się u krewnych, u których pracował na roli. Zachorował w r. 1927. Twierdził, że djabły weszły do jego ciała, szczypią i „paskudzą" jego organizm. Kilka razy rzucał różnemi przedmiotami w okna, by „wstrzymać skradających się czortów". Miewał okresy, w czasie których leżał jak „nieżywy", nie jadł i nie reagował na pytania otoczenia. Czasem zanieczyszczał się do łóżka. Okresami bywał spokojny i pracował, to znów podniecał się i stawał się agresywny względem krewnych, gdy mu perswadowali, że djabłów w domu niema. Chętnie brał różne zioła w przekonaniu, że odpędzą djabły. Gdy to nie pomagało, kaleczył swoje ciało i dusił się za gardło, by djabły tam nie wchodziły. Z powodu tych samokaleczeń rodzina przywiozła go do kliniki 21.XI.35 r.

W klinice pacjent wykonuje odpędzające ruchy rękami, żaląc się „wciąż lezą i lezą... niema rady na nich... słyszę ciągle taki szum djabelski... latają koło mnie... puszczają do mego ciała powietrze ostre, jak żelazo, które rozdziera moje ciało... djabły podobne do bydła z rogami... nie wiem, czego one chcą odemnie... już 8 lat, jak mnie opadły, gdy leżałem na trawie i odtąd nie dają spokoju... wciąż burbulują...". Chory ciągle uszkadza się. Kładąc się do łóżka szczelnie otula się kocem.

30.I.36 rozpoczęto leczenie insulinowe. Chory przebył 15 zapaści, w czasie których, zlany potem, popadał w stany b. silnego podniecenia, krzyczał, odprawiał jakby egzorcyzmy w języku litewskim, wykonywał ruchy wymiotne, pluł, cmokał, mlaskał. Niekiedy podniecenia te były tak ekscesywne, że kilku pielęgniarzy nie

mogło utrzymać go na łóżku i dopiero zastrzyk dożylny glukozy cofał to podniecenie („Hungerkrawall"), poczem pacjent z wielką żarłocznością zjadał śniadanie (8 — 10 kromek chleba z miodem i 5 — 6 kubków herbaty). Po 12 zastrzyku insuliny (150 jedn.) po ogólnym niepokoju psychoruchowym wystąpiły drgawki ogólne, które przy dalszem leczeniu już się nie powtórzyły.

Pacjent aż do pory obecnej znajduje się pod wpływem wspomnianych przeżyć urojeniowo-omamowych, nie uszkadza się jednak w tym stopniu, co dawniej i chętnie pracuje na roli w Kolonji w Kojranach.

Sp. J. Nr. hist. chor. 2217. (Tab. I. przyp. 21) lat 22, stud. gimn. Rodzice spokrewnieni ze sobą. Pacjent jedynak, do 10 r. życia był pod b. troskliwą opieką z powodu wątłego zdrowia. Był chłopcem upartym, kapryśnym, nierównym w nastroju. W 2 klasie gimn. w czasie nauki bez widocznego powodu parskał śmiechem a nadto całemi godzinami wykonywał wahadłowe ruchy tułowiem. Uczył się słabo. W 5 klasie skarżył się, że nauczyciele knują przeciw niemu i chcą go uwikłać w sidła. W kilka miesięcy potem podniecił się i zamknął się w pokoju, tak, że musiano wyważać drzwi. Zaczął wykonywać dziwaczne grymasy ustami, wrogo odnosił się do matki, wymyślając ją wulgarnymi słowami. Czasem krzyczał, że widzi bandytów i że słyszy ich głosy, nieraz kilka godzin leżał bez ruchu, odmawiał jedzenia, stronił od otoczenia, onanizował się b. często. Stan ten mimo leczenia (przebył dwukrotnie leczenie malarją, nukleiną) nie uległ zmianie. Przyjęty do Kliniki 17.I.36 r.

Na oddziale naogół spokojny, nie kontaktuje z innymi chorymi, stawia opór, nie pozwala się ogolić, nie wstaje z łóżka, raz po raz wybucha śmiechem bez widocznych ku temu zzewnątrz przyczyn. Kontakt można uzyskać tylko na krótką chwilę. Stale mówi o sobie w trzeciej osobie „Jerzyk postoi... Jerzyk ma 16 lat... co chcą od niego". Błazenkowaty, niekiedy wśród chichotu mówi rozkazująco do lekarza „przynieś Jerzykowi nocnik... Jerzyk potrzebuje panny... obetrzyj nosek sobie i jemu...".

W czasie od 30.I. do 30.III.35 przebył leczenie insulinowe. Uzyskano 15 silnych zapaści śpiączkowych, z których 1-sza wystąpiła po 80 jedn. Objawów drgawkowych ani razu nie zauważono.

Tak w trakcie leczenia insulinowego, jakoteż po jego ukończeniu, stan psychiczny pacjenta nie uległ wyraźniejszej zmianie.

Sz. J. Nr. hist. chor. 2205. (Tab. I. przyp. 22) lat 22, student szkoły rolniczej. Pacjent jedynak, rozwijał się prawidłowo. Z usposobienia pogodny, towarzyski, b. serdeczny dla swojej rodziny. Jako 13 letni chłopak bał się ostrych przedmiotów, noże, widelce i tp. odwracał ostrym końcem od siebie. W 5 klasie gimn. zaczął chodzić z podniesioną koszulą, by nie dotknąć nią narządów rodnych, gdyż „to święta rzecz". Zwolna stawał się nietowarzyski, małomówny, szorstki względem matki, nieraz niszczył różne przedmioty, tłomacząc, że „lepiej tłuc szkło i porcelanę, niż matkę". Od 1931 — 33 leczono go psychoanalizą, lecz poprawy nie było. Nie chciał niczego dotykać się, obawiając się, że dany przedmiot wpadnie mu do ucha lub nosa. Z biegiem czasu stawał się coraz bardziej dziwaczny, błaznowaty, niekiedy był agresywny względem matki, do której mówił z uśmiechem „jak cię zabiję, będę miał satysfakcję". Wyrażał obawy zatrucia, nieraz twierdził, że ludzie szpiegują go i mrugają w jego obecności. Na uwagi czynione mu przez ojca, odpowiadał ironicznie i opryskliwie.

Przybył do kliniki 7.I.36 r. Kontakt łatwy, odpowiada swobodnie, tonem nawpół ironicznym, przyczem stale uśmiecha się. Lekarza, który go leczył psycho-

analizą, nazywa „syfilis-idiot" a siebie generałem, bo ma „najwyższą chorobę" od onanizmu, który uprawiał. Nikt go nie wyleczy, tylko Chińczyk, który zrobi koniec z białem barbarzyństwem... tutaj jest faszyzm, granda, terror... teraz jadę do Hitlera, rasa Niemców jest lepsza a najlepsza to Chińczycy... Chińczyk żyje 150 lat, jest zdrów, wywija parasolem... a ja mam figę... matkę biłem dla sensu rewolucyjnego... trzeba, żeby było czysto, by pociągi szły równo i nie trzęsły się". Pacjent stale wesoły, ruchliwy, wybucha śmiechem, pielęgniarkę nazywa Chinką, często monologizuje, naśladując mowę 2 — 3 letniego dziecka.

W czasie od 20.I. do 24.III.36 r. przebył leczenie insulinowe. W miarę zwiększania dawek reagował coraz silniejszą apatją, bladością powłok, poceniem się i sennością. Z 16 zapaści pięciokrotnie — mniejwięcej w dwie godziny po zastrzyku — wśród zlewnego potu wystąpiły drgawki kloniczne mm. twarzy i kończyn z pianą na ustach oraz wytrzeszcz gałek ocznych. Dożylny zastrzyk glukozy 40% 20 ccm) natychmiast cofał te objawy.

Stan psychiczny pacjenta, po tem leczeniu, nie uległ wyraźniejszej zmianie.

Fa. M. Nr. hist. chor. 1992. (Tab. I. przyp. 23) lat 30, kawaler, student wyższej szkoły rabinackiej. Ojciec chory na cukrzycę, siostra matki psychicznie chora od 17 r. życia. Dziadek popełnił samobójstwo. Pacjent rozwijał się prawidłowo. W szkole rabinackiej był najzdolniejszym uczniem. Po złożeniu matury studjował chemję w Belgji, gdzie zaczął zdradzać objawy psychiczne: odsunął się od ludzi, leżał całemi dniami w łóżku i kombinował „drugą teorję Einsteina". Odwieziony do kraju, pobił w domu lustra. Mówił, że jacyś ludzie zaczepiali go i prześladowali za noszenie czerwonego sztandaru. Opowiadał, że dzięki radju dostaje się na planety, gdzie mieszka hypnotyzer, oddziaływujący na wszystkich ludzi.

W klinice od 13.V.35. Stale mówi o tem, że na Jowiszu znajduje się hypnotyzer, który kieruje jego życiem. Przekonał się o jego istnieniu po skutkach jego działania na odległość, mianowicie spalony w Belgji w rozpalonym kotle, ożył dzięki sile swego hypnotyzera. Ten ostatni mówi, co pacjent będzie robił, myślał i to wszystko sprawdza się co do joty. Wszyscy ludzie i zwierzęta są pod działaniem hypnozy, wolne są od niej tylko atomy. Dzięki hypnotyzerowi był przy śmierci Marszałka, który przebywa obecnie na planecie „Terra" i ze swoim hypnotyzerem bada postępy wojny włosko-abisyńskiej. Pacjent jest spokojny, ze swoich fantastycznych przeżyć zwierza się tylko lekarzom. Otępienia umysłowego nie wykazuje. Odczyny kiłowe z krwi i płynu m-rdzeniowego — ujemne.

W czasie od 22.XI.35 do 30.I.36 przebył leczenie insulinowe. Pierwsza zapaść śpiączkowa wystąpiła dopiero po 174 jedn., wśród zlewnych potów i ślinotoku. Przy 8-mej zapaści obserwowano nadto wytrzeszcz oczu i drgania mm. mimicznych twarzy. Po zjedzeniu śniadania, które spożywa z wielkim apetytem cicho monologizuje, zapytany mówi, że musi sobie powtarzać, co tam na planetach robią, by lepiej zapamiętać.

Bez zmiany w stanie psychicznym (wszystkie opisane wyżej urojenia fantastyczne utrzymują się w temsamem nasileniu) — zabrany z kliniki dn. 20.IV. 1936.

J. J. Nr. hist. chor. 1422. (Tab. I. przyp. 24), lat 47, kawaler, poeta, literat. Ojciec był wynalazcą przyrządów do nauki strzelania, matka zdrowa. Młodsza siostra chorowała 2 razy psychicznie i wśród objawów ostrej psychozy zmarła. Pacjent ukończył gimnazjum w Wilnie, kształcił się na Wydziale filozoficznym w Petersburgu. Jako 17-letni młodzieniec brał udział w rewolucji w roku 1905. Później kształcił się w Lipsku i Paryżu, ukończył Wydział Prawa w Dorpacie. Był poetą-dziennikarzem. Pisywał w Kurjerze Litewskim, w Nowej Gazecie, Dzienni-

ku Petersburskim, Liberum Veto, redagował „Tydzień", pisał powieści i utwory dramatyczne, wydał kilka zbiorów wierszy, założył w Rosji klub futurystów. Już za młodu zdradzał talent rysowniczy.

Jako publicysta odznaczał się odwagą i błyskotliwością. Walczył przeciw utartym drogom i zasadom obyczajowości społecznej. Był zawsze ekscentryczny, oryginalny i bezkompromisowy. Propagował ideę Stanów Zjednoczonych Europy i snuł dziwaczne koncepcje na temat przyszłego ustroju Polski.

Zachorował w roku 1916. Zpoczątku zahamowany i milczący, unikający otoczenia, stał się później ruchliwym, agresywnym, popadał w konflikty z otoczeniem. Wypowiadał urojenia, że jest królem Polski Jerzym oraz trzecim felczerem szpitalnym. Często dyktował lekarzom długie odczyty o Lidze Narodów, futuryzmie, wolnomularstwie i t. d. Leczenie gorączkowe nie przyniosło żadnej poprawy. Od tego czasu z kilkumiesięczną przerwą w roku 1929 przebywał stale w zakładzie.

Pacjent został przyjęty do tut. Kliniki dn. 10.I.33 r. Jest ruchliwy i wielomówny, wita się ze wszystkimi, nazywając każdą osobę obywatelem lub obywatelką, wita się w ten sposób, że najpierw dotyka palcem swego nosa, a potem nos tej osoby, z którą się wita. Tłómaczy, że jest to chiński sposób witania się. Chce zostać młodszym posługaczem w Klinice. Wykonuje nad otoczeniem błogosławiące ruchy potem mówi: „czy pan wie co jest na skrzydłach orła?... klucz... klucz na prawem skrzydle... to sprawy Litwy, Estonji i Szwecji... zaś na lewem skrzydle klucz sprawy południowej... sacrosanctum... cesarzem Francji mnie wybrali, potem cesarzem Litwy i Polski... sacrosanctum... sacro znaczy święty, sacrosanctum — bardziej święty, łacina najświętsza". Na oddziale zachowuje się spokojnie, w łóżku leży z czapką na głowie. Kładąc się do łóżka, obraca się kilka razy w kółko, poczem dopiero układa się na spoczynek. Przy obiedzie siada na stole i zwija nogi pod siebie. Wieczorami często śpiewa głośno polskie i rosyjskie pieśni, oddając wiernie ich słowa i melodje. Miewa okresy, w czasie których leży w łóżku, nie odpowiada na pytania, wzbrania się przyjmować pokarmy. Po kilku dniach wraca do dawnego ożywienia, musztruje swych towarzyszy, komenderuje nimi, gimnastykuje się, wychodzi na stół lub okno i wygłasza stamtąd rozkazy, manifesty, zaczynając je od słów „cześć obywatele". Mówi ze swadą, przestankuje i zamyślając się często w pauzach przemówień, szepcze coś do siebie. Mianuje się stale Jerzym I, cesarzem Litwy „Jestem rex Russiae, adque Lithuaniae Georgius... obrano mnie 8.II.1917 r. cesarzem Rosji i Litwy. Po cesarzu Piotrze było 3 Aleksandrów, 2 Mikołajów... ja jestem Jerzym... jestem już rewolucyjnym cesarzem... Po matce jestem Adamkowicz. Mój protoplasta Adamkowicz Jerzy był porucznikiem dragonów króla Michała Wiśniowieckiego. Był królem razem z królem Michałem, ale zrzekł się swych przywilejów królewskich, sacrosanctum... Było w Polsce 4 krótko panujących królów: Henryk Walezy, Stefan Batory, który panował 10 lat, Michał Daszkiewicz i Jerzy Adamkowicz... Stąd św. Jerzy z wężem... Zamojski, kanclerz nie odebrał mu węża. Jerzy jest podług wersji centuriona rzymskiego w Anglji, Danji, Rumunji i Grecji, ale Grecja się nie liczy. Ja założyłem Państwo Polskie na nowych zasadach, podpisałem akt Konstytucji polskiej 17.III. 1917 r.". Snuje długie opowiadania o pakcie nieagresji i Lidze Narodów, Napoleonie i t. d. Przybiera symboliczne pozy Buddy, Napoleona, rycerza wspartego na mieczu i tp. Pacjent mimo mnóstwa urojeń, pozostaje w stosunku do otoczenia uprzejmy, zdradza wykwintne maniery i o ile popada w konflikty, to tylko wskutek niezrozumienia go przez otoczenie. Grywa w warcaby, wykazując dużą umiejętność tej gry. Z szeregu podchwyconych powiedzeń jest widoczne, że jest zorjentowany w czasie, miejscu i że rejestruje dobrze zjawiska, zachodzące w świecie go otaczającym.

Stan powyższy utrzymywał się bez większych zmian do r. 1935 z tem, że w drugiej połowie 1935 r. pacjent zaczął uprawiać niekiedy koprofagję.

Od 4.X do 26.XI.1935 przebył leczenie insuliną. Już na 1-szy zastrzyk (25 jedn.) zareagował apatją, lekką sennością, poceniem się. Objawy te przy dalszych zastrzykach wzmagały się coraz bardziej, 1-sza zapaść śpiączkowa wystąpiła po 55 jedn. Następne zapaści występowały w 80—130 min. po injekcji insuliny. W stanie największego nasilenia objawów niedocukrzenia i śpiączki występowały: wytrzeszcz gałek ocznych, drgawki toniczne kończyn, szczególnie prawych a następnie drgawki kloniczne kończyn i w obrębie ust, szczękościsk z wybitnem przyśpieszeniem tętna. Po przerwaniu zapaści zjadał śniadanie z niezwykłym apetytem, w ilościach przekraczających śniadanie dla kilku osób. W ciągu leczenia i tuż po niem, chory wcześniej wstawał, chętniej przebywał na sali, stał się przystępniejszy, znikły u niego tendencje koprofagiczne. W niespełna jednak miesiąc po leczeniu, wrócił w zupełności do stanu, jak przed leczeniem insulinowem a jedynym dodatnim wynikiem leczenia jest znaczna poprawa stanu fizycznego.

Ł. M. Nr. hist. chor. 2.138. (Tabl. II. przyp. 1), lat 26, przybyła do kliniki 14.X.35 r. zawsze była zdrowa. Z usposobienia wesoła, towarzyska, pracowita. Latem 1934 r. po zerwaniu z narzeczonym, stała się podniecona erotycznie, zaczepiała mężczyzn mówiła dużo i bez związku. Stan ten po pół roku uległ poprawie. Chora była zupełnie spokojna, niczem się jednak nie zajmowała, była dziwaczna, bez powodu zewnętrznego śmiała się sama do siebie. Na kilka tygodni przed przybyciem do kliniki była b. niespokojna, krzyczała, biła otoczenie, mówiła bez związku, nie sypiała, źle jadała

W klinice niespokojna, biega po sali, zaczepia chore, śmieje się sama do siebie, robi dziwaczne miny, źle sypia. Kontakt z chorą b. trudny.

Dnia 9.I.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną. Po każdym zastrzyku była b. niespokojna, krzyczała, na pytania nie odpowiadała, zrywała się z łóżka. Po 45 min., gdy zaczynała się pocić wówczas uspakajała się, prosiła jeść. Przebyła 15 zapaści śpiączkowych, z których 1-sza wystąpifa po 108 jedn.

Po ukończeniu leczenia pacjentka była spokojniejsza, sama nawiązywała kontakt z otoczeniem, chętniej pracowała na oddziale. Omamów ani urojeń nie wypowiadała. Tuż po wypisaniu z kliniki (1.V.36) stan psychiczny pacjentki z powrotem się pogorszył.

N. W. Nr. hist. chor. 2029 (Tabl. II. przyp. 3) lat 26, przybyła do kliniki 8.VI.35. Dziedzicznie nieobarczona. Wyszła zamąż w 24 r. życia Rodziła 2 razy, dzieci zdrowe. W pożyciu małżeńskiem zgodna. Gospodarna, pracowita. Przed $3^1/_2$ laty w kilka tygodni po porodzie zachorowała psychicznie: miała omamy wzrokowe, była smutna, płaczliwa, źle spała i jadała, uciekała z domu, mówiła ciągle o wojnie i że męża jej zastrzelą Niemcy. Po 6 tygodniach stan ten zaczął się cofać, była spokojna, urojeń nie wypowiadała. W marcu 1935 nastąpiło pogorszenie, przestała zajmować się gospodarstwem, opiekować się dziećmi, była milcząca, zdradzała omamy wzrokowe, źle jadała i sypiała.

W klinice zahamowana, negatywistyczna. Po kilku miesiącach okresowo podniecona, bije chore, do żadnej pracy nie daje się nakłonić.

9.I.1936 rozpoczęto leczenie insuliną. Chora przed każdym zastrzykiem stawiała silny opór, była agresywna. W godzinę po zastrzyku wraz z rozpoczynającem poceniem się, uspakajała się i prosiła o jedzenie. 1-sza zapaść wystąpiła dopiero po 300 jedn. insuliny. Przebyła 9 zapaści śpiączkowych.

W czasie leczenia postępująca poprawa: pacjentka spokojna, nawiązywała

kontakt z otoczeniem, zaczęła pracować na oddziale. W stanie znacznej poprawy została wypisana z kliniki w 2 tygodnie po ukończeniu leczenia. 3 miesiące później otrzymano wiadomość, że stan chorej nieco pogorszył się.

S. J. Nr. hist. chor. (Tabl II. przyp. 4) lat 24, kawaler, technik. Ojciec—neuropata. Pacjent rozwijał się normalnie. Z usposobienia ambitny, drażliwy, popadał w spory z kolegami. Przed 6 laty, przyłapany na przewożeniu bibuły komunistycznej, został skazany na karę 5-letniego więzienia. W 3-cim roku odsiadywania kary, zaczął zdradzać objawy choroby psychicznej, wskutek czego został umieszczony w szpitalu. Po roku stan jego poprawił się, wobec czego wrócił z powrotem do więzienia. Po kilku miesiącach nastąpiło pogorszenie, leczono go malarją, poczem stan jego psychiczny nieco poprawił się. W 6 tygodni potem, w drodze z więzienia do domu, okazywał niezadowolenie, bez powodu wymyślał konduktorowi w pociągu, z powrotem chciał wracać do więzienia. Po przybyciu do domu nie spał szereg nocy, monologizował, wykonywał dziwaczne ruchy wykrzywiania ustami i jakby dmuchania, wymykał się z domu i wracał dopiero późno w nocy, nie chciał jadać, był opryskliwy względem ojca, groził, że go pobije. Przywieziony do Kliniki 28.VIII.1935.

W klinice stale wykonuje ruchy dmuchania, na pytania, dlaczego to robi, odpowiada rubasznie: takie są moje płuca, coś się z nimi stało i muszę dmuchać. Na oddziale niespokojny, pluje na chorych, chwyta każdego za odzież i szarpie, rozrzuca pościel, nago kładzie się na podłogę, wyrzuca jedzenie, niekiedy robi wrażenie wylęknionego, wdycha głęboko, mruży powieki, robi ruchy ustami, jakby wypluwał pestki. Odpowiada zdawkowo, lakonicznie.

Przebył leczenie insulinowe w czasie od 13.IX.35 do 3.IX.36. Wszystkie zapaści występowały po 135 jedn. Reagował ogólną bladością, coraz obfitszemi potami, poczem popadał w senność, mając twarz nalaną, czerwoną. Kilkakrotnie w zapaściach występowały kloniczne drżenia warg, zwrot gałek ocznych ku górze, charczący oddech, silne zaciskanie rąk w pięść.

Pod koniec leczenia dała się zauważyć poprawa: stał się przystępniejszy, mniej autystyczny, zaczął z chorymi grać w karty, chętnie czytywał gazety. Przestał wykonywać ruchy dmuchania, wypluwania i t. p. Kontakt coraz łatwiejszy, podał, że miał majaczenia dziwne, popadł w apatję, siedział na uboczu, bił szyby i ciągle dmuchał... bo był roztrojony... taki miał nastrój... wykrzykiwał, bo coś go do tego zmuszało. Teraz, jak mówi, po zastrzykach czuje się lepiej. Zabrany z kliniki w stanie znacznej poprawy, która — jak wynika z pisma matki do kliniki — utrzymuje się.

D. S. Nr. hist. chor. 1761 (Tabl. II. przyp. 5) lat 23, przybyła do kliniki 15.VII.34 r. W szkole uczyła się bardzo dobrze, była towarzyska, lubiana przez otoczenie, pracowita, przywiązana do swojej rodziny. Przed 3 laty usposobienie chorej zmieniło się, stała się apatyczna, unikała towarzystwa, w stosunku do najbliższego otoczenia opryskliwa, kłótliwa, przestała pracować, łatwo popadała w gniew mówiła, że matka wraz ze swemi znajomemi chce ją zabić, wymyślała na otoczenie ordynarnemi wyrazami i biła je. Po kilkumiesięcznej poprawie, nastąpiło w marcu 1935 wybitne pogorszenie. Pacjentka stawała się coraz więcej podniecona, wielomówna, zaczepna, śpiewała, tańczyła, rozbierała się do naga. Monologizowała nocami, nie chciała brać lekarstw, jadała pod przymusem.

W Klinice początkowo niespokojna, krzyczy, śpiewa, wypowiada urojenia prześladowcze, że matka chce ją otruć. Potem spokojna, zahamowana, sama nie

nawiązuje kontaktu z otoczeniem. Często zanieczyszcza się moczem i kałem. W stanie psychicznym do chwili rozpoczęcia insuliny nie zaszły zmiany.

Dn. 21.XI.1935 r. zaczęto leczenie insuliną. Początkowo pacjentka po każdym zastrzyku, do chwili wystąpienia potów, była b. niespokojna, krzyczała, wymyślała nieprzyzwoitemi słowami personelowi, często biła. Po następnych dawkach insuliny chora była spokojna, kontakt łatwy, urojeń ani omamów nie wypowiadała. Pierwsza zapaść wystąpiła przy 108 jednostkach insuliny. W czasie leczenia pacjentka bardziej przystępna, dbała o swój wygląd zewnętrzny, lubi stroić się, wplata we włosy różnokolorowe szmatki, maluje wargi i policzki. Od czasu do czasu pracuje na oddziale.

Po zakończeniu kuracji dziwaczna w zachowaniu. Z Kliniki nie chce być wypisaną, mówi, że niema rodziny, odwiedzin matki nie przyjmuje. Bardzo chętnie całemi dniami pracuje na oddziale, bądź też w kuchni.

B. I. Nr. hist. chor. 1412 (Tabl. II. przyp. 6) lat 27, przybyła do Kliniki poraz 8-my 10.XI.35 r. Dziedzicznie nie obarczona. Rozwijała się prawidłowo. W szkole uczyła się średnio, z usposobienia wesoła, towarzyska, pracowita, obowiązkowa. Zamąż wyszła w 20 r. życia. Dwa razy zachodziła w ciążę, jedno poronienie sztuczne, jeden poród w czasie choroby psychicznej. Dziecko zmarło w 2 r. życia na szkarlatynę. Objawy choroby psychicznej wystąpiły poraz pierwszy w r. 1931 po zwolnieniu z posady. Pacjentka, dawniej wesoła, stała się smutna, płakała, przestała interesować się domem. Po upływie kilku tygodni zaczęła wypowiadać urojenia, że jest hypnotyzowana, że mąż ją zdradza, że chce ją otruć, stała się niespokojna, krzyczała, biła otoczenie, w nocy nie sypiała.

W Klinice chora była niespokojna, wypowiadała urojenia prześladowcze, wrogo odnosiła się do personelu Klinicznego. Rozbierała się do naga, biegała po sali, rwała bieliznę i pościel. Sypiała tylko po narkotykach. Stany podniecenia trwały u pacjentki 2—3 tygodnie, poczem uspakajała się, była dostępna, nie wypowiadała urojeń. Doskonale zorjentowana w czasie, miejscu i otoczeniu. W takim stanie zwykle bywała wypisywana z Kliniki na żądanie męża. W domu chętnie pracowała, zajmowała się gospodarstwem domowem, nie zdradzała żadnych urojeń ani omamów. Po 4—5 tygodniach przychodziły okresy podniecenia z urojeniami prześladowczemi. W okresach tych umieszczano pacjentkę w Klinice.

W Klinice występują u chorej okresy silnego podniecenia psychoruchowego, wypowiada urojenia prześladowcze, kontaktu nie nawiązuje, na pytania nie odpowiada. Okresy trwają 2—3 tygodnie, poczem chora uspakaja się, nawiązuje kontakt z otoczeniem, pracuje na oddziale.

Dn. 9.IX.35 r. zastosowano leczenie insuliną; początkowo chora była bardzo podniecona, wielomówna, wypowiadała urojenia treści prześladowczej. Po 6-tym zastrzyku insuliny uspokoiła się, odpowiadała na pytania. Pierwsza zapaść śpiączkowa wystąpiła przy 120 jednostkach insuliny. W czasie kuracji spokojna, urojeń nie wypowiadała, chętnie nawiązywała kontakt z otoczeniem. W kilka dni po zastosowaniu leczenia została wypisana z Kliniki.

W 2 tygodnie potem przybyła ponownie do Kliniki w stanie silnego podniecenia psychoruchowego. Pacjentka przebywa w Klinice do obecnej chwili.

Sy. A. Nr. hist. chor. 1488 (Tabl. II. przyp. 7) lat 35, przybyła do Kliniki 10.VIII.35 r. poraz piąty. Matka pacjentki psychicznie chora, przebywa w zakładzie psychjatrycznym. Chora rozwijała się normalnie. Zachorowała psychicznie przed 4 laty, wykazywała urojenia i omamy. Mówiła, że jest magnetyzowana, słyszy głosy i widzi wrogów dokoła siebie. Zamykała się w pokoju, nie chciała nikogo widy-

wać. Okresowo była podniecona, wówczas umieszczano pacjentkę w Klinice. Okresy poprawy trwały kilka miesięcy. Ostatnie pogorszenie wystąpiło w maju 35 r.

Dnia 10.X.35 r. rozpoczęto leczenie insuliną. Już po 20 jedn. pacjentka silnie się spociła, domagała się jedzenia, narzekała na ogólne osłabienie i zawroty głowy. Przebyła 15 zapaści śpiączkowych, z których 1-sza wystąpiła już po 30 jedn.

Po ukończeniu leczenia rzadziej wypowiadała urojenia, wykazywała większe zainteresowanie otoczeniem, czytywała książki, szyła, haftowała. W takim stanie została wypisanana z Kliniki. W połowie czerwca b. r. otrzymano wiadomość, że stan chorej ponownie się pogorszył.

G. A. Nr. hist. chor. 2197 (Tabl. II. przyp. 8) lat 27, kawaler, robotnik. Pacjent zaczął chodzić i mówić dopiero w 3 r. życia, był dzieckiem słabowitem, moczył pod siebie do 20 r. życia. Uczył się ślusarstwa i sam zarabiał na siebie. Z usposobienia skryty, małotowarzyski, chłodny względem swej rodziny. Zachorował w r. 1930. Stał się nadmiernie ruchliwy, agresywny, niszczył sprzęty w domu, uważał, że wszyscy są jego wrogami, nawet ojciec, który chce go zabić. Był jakiś czas w zakładzie psychjatrycznym, skąd wrócił do domu z poprawą, która trwała przeszło 3 lata. Zimą 1935 nastąpiło obostrzenie z podnieceniem psychoruchowym, bezsennością, agresywnością i popędami niszczycielskimi. Krzyczał, że jest silny, że jest Bogiem, wie wszystko i t. p. Przyjęty do kliniki 24.XII.35 r.

Na oddziale ruchliwy, zaczepny. Wykonuje dziwaczne ruchy, imitujące ruchy pływania, lot ptaków i t. p. Wydaje dźwięki, naśladując warkot samolotu, zapytany mówi: elektryczność... jadę na Mars... umię latać, jak aeroplan, poczym zdejmuje koszulę, rozkłada ręce i naśladuje nimi ruch skrzydeł. Czasem skacze na jednej nodze po całej sali. Twierdzi, że przodkowie jego z linji Saturna zostali zabici przez wrogów, którzy skradli Słońce a jego wsadzili do szpitala warjatów. Często wybucha nieumotywowanym zzewnątrz śmiechem, wykonuje ruchy odpędzające, tłomacząc, że odgania djabła, który mu wciąż dokucza. Czasami werbigeruje Nordpol, Sudpol, Nordpol, kreśli figury geometryczne o symbolicznem znaczeniu, słyszy, jak pielęgniarze strzelają do niego kulami dum-dum z obawy przed siłą elektryczną, którą ma w sobie.

W czasie od 28.I.36 do 22.III.36 przebył leczenie insulinowe. Przebył 18 zapaści śpiączkowych, z których druga (po 60 jedn.) była połączona z drgawkami toniczno-klonicznymi całego ciała, zaś 9-ta (również po 60 jedn.) z drgawkami tonicznymi tylko w zakresie mm. twarzy.

W czasie leczenia dało się zauważyć, że chory po każdej zapaści stawał się przystępny, odpowiadał poprawniej i nie wykazywał tej dziwaczności w ruchach i mimice, co przedtem, a co najważniejsze przestał wypowiadać urojenia fantastyczne. Poprawa ta trwała jednak zaledwie kilka godzin i chory z powrotem stawał się dziwaczny, stereotypowy i oporny.

M. I. Nr. hist. chor. 1433 (Tabl. II. przyp. 9) lat 22, przybyła do Kliniki po raz trzeci 28.VIII.34 w szkole uczyła się średnio, lubiła samotność, względem rodziców szorstka, nieposłuszna. Zachorowała w 1930 r., przestała chodzić do szkoły, była kapryśna, kłótliwa, mówiła, że jest w ciąży i dlatego nie chce jeść, by głodem zabić płód. Nie oddawała ani moczu ani stolca, mówiła, że razem z wydzielinami ucieka z niej życie. Przed 4 laty opuściła Klinikę w stanie znacznej poprawy, która utrzymywała się przez 9 miesięcy, poczem z powodu pogorszenia przybyła ponownie do Kliniki. Okresowo bywała niespokojna, agresywna, potem uspokoiła się i popadła w stupor. Zanieczyszczała się. Była karmiona sondą.

8.X.35 rozpoczęto leczenie insuliną. Pacjentka nawet po najwyższych daw-

kach insuliny nie pociła się, natomiast podniecała się, krzyczała, pluła na otoczenie, rwała bieliznę. Po podaniu śniadania, które zjadała sama, uspokajała się. 1-sza zapaść wystąpiła po 140 jedn. ostatnia (14-ta) po 170 jedn. Niekiedy w zapaści oddawała mocz pod siebie. Po wlaniu dożylnem 40% glukozy natychmiast się budziła i domagała się jedzenia.

Stan psychiczny chorej pozostał bez zmiany. Fizycznie poprawiła się (przybyła 7 kg. na wadze).

M. I. Nr. hist. chor. 1430 (Tabl. II. przyp. 10) lat 19, uczeń rabinacki. Dziadek po stronie matki był psychicznie chory. Pacjent był dzieckiem wątłem, słabowitem. Oddany w 13 r. życia do szkoły rabinackiej, wykazywał duże postępy w nauce. Z usposobienia był uparty, skryty, lubiał filozofować na tematy religijne. Przed 5 laty zaczął stronić od otoczenia, odmawiać przyjmowania pokarmów, modlił się dużo, mienie swoje rozdawał biednym, prowadził życie ascety, rozmyślał nad znaczeniem pojęć: cnota, dobro, zło i t. p. Dla umartwienia ciała wystawał całemi godzinami na mrozie i jadł tylko najprostsze potrawy. Od tego czasu stan był zmienny—okresy poprawy, nawet znacznej, trwały od 3 do 8 miesięcy. W grudniu 1932 w stanie stuporu przywieziony do Kliniki, skąd po 2 miesiącach z poprawą został wypisany. Po 9 miesięcznym okresie poprawy zaczął uciekać z mieszkania, chodził po miasteczku i głosił, że będzie większym od Mojżesza, całował książki religijne i lichtarze, obnażając się przed niemi. Po krótkiej poprawie, we wrześniu 34 niespokojny, agresywny, darł ubranie, odmawiał przyjmowania pokarmów. W tym stanie przyjęty powtórnie do Kliniki 2.X.1935.

Na oddziale ruchliwy, wykonuje różne dziwaczne ruchy rękoma, tupie nogami, monologizuje niezrozumiale. Na pytania odpowiada niezrozumiałą mieszaniną języka żydowskiego i polskiego. Trzyma stereotypowo to jedną, to drugą rękę na głowie, wchodzi pod łóżka i siedzi tam godzinami. Cały miesiąc grudzień 35 karmiony sondą żołądkową. Czasami zanieczyszcza się.

Od 11.I do 30.III.36 leczony insuliną. Poczynając od 100 jedn. reagował coraz obfitszym potem, bladością, sennością, przerywaną od czasu do czasu silnem pobudzeniem psychoruchowem: krzyczał dać jeść, po chwili wśród zlewnych potów popadał w zapaść. Pod koniec kuracji kilkakrotnie obserwowano skurcze kloniczne mm twarzy i k. g. prawej, wytrzeszcz oczu oraz wypadanie tętna.

W drugiej połowie leczenia dała się zauważyć poprawa: stał się przystępniejszy, zaczął sam jadać. Powoli zaczęły słabnąć stereotypie, monologizmy, przestał zanieczyszczać się. W rozmowie z lekarzem podał, że miał chory mózg, słyszał głosy, nawołujące go do powtarzania psalmów Dawida. Głosy te słyszy obecnie rzadko. Przybył 10 kg. na wadze (przy przyjęciu ważył zaledwie 42 kg.). I.IV 1936 w stanie nieznacznej poprawy został zabrany do domu. W 3 miesiące później otrzymano list od ojca, że pacjent od połowy kwietnia b. r. zachowuje się spokojnie i stan jego jest zadawalający.

S. M. Nr. hist. chor. 2129 (Tabl. III. przyp. 1) lat 20, przybyła do Kliniki 30.IX.1935 r. Dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie nie chorowała, rozwijała się fizycznie i psychicznie prawidłowo, uczyła się dobrze, przed rokiem skończyła gimnazjum. Z usposobienia nerwowa, uparta, w stosunku do rodziców i rodzeństwa chłodna, obojętna. Zachorowała nagle we wrześniu 1935 r., stała się niespokojna, krzyczała, uciekała z domu, nie sypiała. Miewała omamy wzrokowe, mówiła, że widzi Matkę Boską, Pana Jezusa, wrogo odnosiła się do otoczenia, biła, nie chciała nikogo widywać.

W Klinice podniecona, miewa omamy wzrokowe. Okresowo nie jada, w nocy nie sypiała. Na pytania niechętnie odpowiadała.

Dnia 8.X.1935 r. zastosowano leczenie insuliną. W czasie leczenia bywała okresowo podniecona. Na wzrastające dawki insuliny chora reagowała zawsze bardzo wcześnie po zastrzyku w 30—45 min. stanami niedocukrzenia, silnie pociła się i była senna. Na najwyższe dawki insuliny reagowała tylko stanami niedocukrzenia, nawet w 3 godz. po zastrzyku pacjentka nie dostawała zapaści, była przytomna zawsze, chętnie odpowiadała na pytania. Stan psychiczny zaczął wybitnie poprawiać się. Pacjentka coraz rzadziej wypowiadała omamy, sama nawiązywała kontakt z otoczeniem, pracowała na oddziale. 17.XII.35 została wypisana z Kliniki w stanie remisji.

W 6 miesięcy po wypisaniu z Kliniki, ojciec powiadomił, że stan psychiczny pacjentki jest dobry, żadnych objawów chorobowych nie zdradza.

S. I. Nr. hist. chor. 2207 (Tabl. III. przyp. 2) lat 23, przybyła do Kliniki dn. 8.I.1936 r. Dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie była zawsze zdrowa, w późniejszym wieku często chorowała na grypę. W szkole uczyła się dobrze, była wesoła, towarzyska, bardzo lubiana przez otoczenie. W pracy sumienna, skrupulatna. Choroba obecna wystąpiła nagle w początkach stycznia 1936 r. Pacjentka zaczęła dużo mówić bez związku, wybuchała śmiechem, płakała, krzyczała. Mówiła, że jakiś pan rzucił na nią urok, że ten pan z czarnemi oczami prześladuje ją, dokoła siebie widziała djabłów i czarne, duże oczy. Nie jadała, mówiła, że musi umrzeć w Wielki Piątek.

W Klinice pacjentka niespokojna, zaczepia inne chore. Wypowiada urojenia i ma omamy wzrokowe i słuchowe. Widzi jakiegoś pana, który ją prześladuje, chce ją zabić, śmieje się, szydzi z niej; widzi często Matkę Boską Ostrobramską, słyszała bicie dzwonów.

Dn. 16.I.1936 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 20 jednostek. W czasie kuracji chora niespokojna, wypowiada urojenia prześladowcze. Pod koniec drugiej godziny po zastrzyku lekko pociła się, wówczas uspakajała się, nie odpowiadała na pytania. Pierwsza zapaść wystąpiła przy 180 jednostkach insuliny. Na następne dawki nieznacznie zwiększane chora reagowała zapaściami śpiączkowemi wśród lekkiego pocenia się i senności.

Stan psychiczny w czasie jak i po leczeniu nie uległ poprawie, jest nadal niespokojna, wypowiada urojenia i ma omamy wzrokowe i słuchowe. Stan taki utrzymuje się dotychczas.

S. K. Nr. hist. chor. 2192 (Tabl. III. przyp. 3) lat 24, kawaler, rolnik. Po skończeniu szkoły powszechnej pracował na roli u ojca, wykonując wszystkie prace gospodarskie. Lubiał się odosabniać, serdeczniej z nikim nie żył. Z początkiem grudnia 1935 r. w czasie młocki chwycił nagle grabie, rozejrzał się dokoła i z krzykiem wybiegł ze stodoły. Poranił brata, wybiegł boso z domu i po śniegu biegł kilka kilometrów. Zdradzał lęki, bał się, że go otrują, dlatego nic nie jadł ani nie pił, błagał domowników, by nie wrzucano go do rzeki i nie strzelano do niego; młocarnię, będącą w ruchu, brał za karabin maszynowy, lękał się, że sypiące się zeń strzały trafią go i zabiją. W tym stanie przyjęty do Kliniki 20.XII.1935 r.

Na oddziale leży nieruchomo w łóżku, z wyrazem lęku w oczach. Nie odpowiada na pytania, nie przyjmuje pokarmów. Po kilku dniach przystępniejszy, lęków nie zdradza, odpowiada jednak rubasznie, lakonicznie, przeważnie „ja nie znaju". Często bez widocznego powodu parska śmiechem, wykrzywia usta, obraca głowę na boki i t. p. Negatywistyczny. W czasie odwiedzin brata powtarza jego

pytania, nie wita się z nim ani nie żegna. Do lekarza mówi przez „Ty" i stereotypowo pyta „czy ty z Rosji?", zapytany, dlaczego chce to wiedzieć, odpowiada rubasznym tonem „tak sobie".

W czasie od 6.II.36 do 17.IV.36 r. przebył leczenie insulinowe. Pierwsza zapaść śpiączkowa wystąpiła dopiero po 216 jedn. Dla wywołania stanów zapaściowych trzeba było dawki stale zwiększać tak, że ostatnia zapaść (12-ta) wystąpiła po 312 jedn. W stanie hypoglykemji pocił się stosunkowo mało i to głównie na kończynach dolnych, przeważnie wykazywał niepokój ruchowy, cmokał, wykonywał ustami ruchy ssania, składał usta w ryjek, poczem zapadał w śpiączkę z klonicznemi drgawkami m.m. twarzy, wytrzeszczem gałek ocznych i wyprężeniem wszystkich kończyn.

Pod koniec leczenia pacjent znacznie spokojniejszy, jada bez namowy, chętniej rozmawia z lekarzem, odpowiada jednak przeważnie wymijająco i lakonicznie, przeczy, by bił brata grabiami lub obawiał się zatrucia, wrzucenia do rzeki i t. p. Podaje, że przed B. Narodzeniem 1935 r. zaczęło mu „dziwnie szumieć w głowie... przydarzały się różne rzeczy... niepojęte dla niego... że widzi djabłów, to znów, że sam jest złym duchem... że muszą go dlatego zgładzić... parę tygodni był w lęku o swoje życie... teraz to przeszło... te zastrzyki mi pomogły, choć bardzo zmęczyły... teraz nic mi już nie dolega i jestem zdrów"... Pacjent przeniesiony do oddziału w Kojranach pracował tam bardzo pilnie i żadnych objawów psychicznych nie wykazywał. Nawiązywał poprawny kontakt z innymi chorymi i sam zachęcał ich do pracy. W tym stanie został zabrany przez brata (którego b. serdecznie przywitał) w dniu 14.V.1936 r.

W lipcu 36 r. nadeszła wiadomość z gminy, że pacjent ucieka z domu i miewa napady.

K. R. Nr. hist. chor. 2095 (Tabl. III. przyp. 4) lat 20, rolnik. Matka pacjenta po 4-tym porodzie chorowała psychicznie. Pacjent był chłopcem posłusznym, pracowitym, stronił od ludzi. Objawy psychiczne wystąpiły nagle z początkiem sierpnia 1935 r. Chory wpadł przestraszony do mieszkania rodziców, mówił o „djable kąpiącym się w pobliskiej rzece" i krzyczał, by go ratowano, gdyż djabeł ten wlazł mu na kark i dusi go. Wołając pomocy podarł na sobie ubranie. Gdy domownicy próbowali go uspokoić, zachowywał się względem nich agresywnie i niszczył wszystkie przedmioty dokoła siebie. W następnych dniach nieco spokojniejszy, stale monologizował o wojnie, żołnierzach i t. p. Odmawiał jedzenia, nie spał. Stawiał silny opór w drodze do Kliniki, dokąd skrępowanego sznurami przywieziono go 23.VIII.1935 r. Na oddziale ruchliwy, zaczepny, negatywistyczny, na większość pytań odpowiada „a czort jego wie" lub szeregiem niepowiązanych słów, często wysoce nieprzyzwoitych, układając je w rymowane zwrotki. Chód dziwaczny. Niektóre jego ruchy i gestykulacja przypominają ruchy zwierząt, czasem mruczy głośno, jakby naśladował ryk lwa. Wrogo odnosi się do otoczenia, krzyczy „co chciecie odemnie... djabłów puszczacie na mnie"... W czasie posiłków, umyka ze swoją miską w kąt sali i tam zajada szybko.

W czasie od 2.X.35 do 3.XI.35 przebył leczenie insulinowe. 6 pierwszych zapaści przebiegały w sposób zwykły (nasilające się pocenie, bladość ogólna, senność przechodząca w śpiączkę); do tych objawów przy 7-mej zapaści dołączyły się: drgawki toniczne prawej połowy ciała oraz wyraźny niedowład lewej ustnej gałązki n. twarzowego — co ustąpiło w czasie wlewania dożylnego glukozy. Przy dalszych zapaściach oprócz niedowładu m. twarzowego obserwowano zaburzenia ze strony n. podjęzykowego (zwijanie i skręcanie języka w jamie ustnej w stronę prawą),

drżenia kciuków o charakterze parkinsonicznym, uciekanie gałek ocznych ku górze, drobny oczopląs poziomy w prawo, oraz skurcze toniczne w kończynach, wyraźniej po stronie prawej. Występowanie tych objawów uznano za niebezpieczne dla życia chorego, wobec czego zaprzestano dalszego stosowania insuliny, ograniczając się do 10 zapaści.

Chory w ciągu kuracji przybył 6 klg. na wadze. Po ukończeniu stopniowo stan podniecenia zaczął ustępować i pacjent z dnia na dzień poprawiał się psychicznie, tak, że pod koniec marca 1936 r. żadnych objawów chorobowych u niego już nie stwierdzono. Pacjent podał dokładnie treść swoich przeżyć w czasie choroby i krytycznie odnosił się do niej. W stanie remisji został zabrany przez ojca 24.IV.1936 r.

Z początkiem sierpnia 36 r. otrzymano pisemną wiadomość z gminy, że pacjent pracuje i zachowuje się poprawnie i czasem tylko „z lekka można poznać u niego chorobę". Niedawno stawał przed komisją poborową i został uznany za zdolnego do służby wojskowej.

P. J. Nr. hist. chor. 2190 (Tabl. III. przyp. 5) lat 25, przybyła do Kliniki 18.XII.1935 r. Dziedzicznie nie obarczona. Zawsze zdrowa, z usposobienia pogodna, pracowita, gospodarna. W 23 r. życia wyszła zamąż. Rodziła jeden raz, dziecko żyje, jest zdrowe. W listopadzie 1935 r. po przebyciu jakiejś choroby gorączkowej, stała się niespokojna, mówiła dużo i bez związku, usiłowała zabić swoje dziecko, w nocy nie sypiała, uciekała z domu, źle jadała.

W Klinice spokojna, mówi sama do siebie, jest rozkojarzona. Sypiała po narkotykach, jada dobrze.

Dnia 16.I.1936 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 20 jednostek. Zwykle po upływie pół godziny pacjentka zaczynała się silnie pocić, stawała się senna, po upływie zaś dalszych 35—45 min. była niespokojna, krzyczała, zrywała się z łóżka, wypowiadała urojenia, mówiła, że jest Matką Boską, lekarza nazywała Panem Jezusem. Stan taki trwał b. krótko, poczem chora uspokajała się i popadała w głęboki sen, w którym pozostawała 40—55 min. Zapaści śpiączkowe przerywano dożylnemi wstrzyknięciami glukozy.

Stan psychiczny w czasie leczenia początkowo nie uległ żadnej poprawie. Pod koniec kuracji po 12 zapaściach pacjentka stała się przystępniejsza, sama nawiązywała kontakt z otoczeniem, powoli udawało się nakłonić ją do pracy. Jest doskonale zorjentowana w czasie, miejscu i otoczeniu, mówiła, że dawniej była opętana przez szatana: „byłam zdurniawszy, bolała bardzo głowa". W kilka dni po zakończeniu leczenia pacjentka została wypisana z Kliniki, w stanie znacznej poprawy. 1.VII.36 otrzymano wiadomość z gminy, że stan pacjentki jest zadawalniający.

G. J. Nr. hist. chor. 2175 (Tabl. III. przyp. 6) lat 29, kawaler, rolnik. W najbliższej rodzinie chorób psychicznych nie było. Pacjent był wesołego usposobienia, miał pociąg do alkoholu, nałogowo jednak nie pił. W ostatnich latach, jako robotnik sezonowy pracował na Łotwie. Z początkiem listopada niespodzianie wrócił do domu. Był podniecony, wielomówny, opowiadał, że za zgwałcenie policja łotewska pobiła go i odstawiła do granicy. Zachowywał się niespokojnie, mówił, że rozmawia z Bogiem i osobami, z któremi umawia się co ma robić. Nie spał całemi nocami, bezładnie monologował. Był agresywny, dziwaczny, wciąż zamykał i otwierał drzwi, wyrzucał i niszczył różne rzeczy, śmiał się sam do siebie. Odesłany przez gminę do szpitala 30.XI.1935 r. Po drodze uciekał konwojentowi, zatrzymywał autobusy po drodze i szoferom nakazywał jechać w przeciwnym kierunku.

Na oddziale milczący, patrzy w jedno miejsce sali, na pytania odpowiada półsłówkami, przyczem często zapytuje „kogo pan pyta, mnie?". Zapytany o pobyt na Łotwie, nie daje wyjaśnień, patrzy przenikliwie w oczy, poczem macha ręką i odchodzi. Kontaktu nie nawiązuje, odmawia przyjmowania pokarmów, mówi rubasznym tonem „muszę zapytać władzy, czy nie jest zatrute, czy mogę jeść". Przez szereg tygodni karmiony sondą. Sporadycznie zanieczyszcza się.

W czasie leczenia od 9.I do 6.III.1936 r. leczony insuliną. Pierwsza zapaść po 100 jednostkach wśród zlewnych potów. Kilkakrotnie w czasie początkowych objawów hypoglykemicznych u chorego przerywał się stupor i na krótko nawiązywał kontakt. Po śniadaniu, które zjadał żarłocznie, popadał z powrotem w stupor. W 2 godz. po 13 inj. insuliny (120 jedn.) wystąpiły drgawki kloniczne m.m. twarzy, zaś po 20 zastrzyku (140 jedn.) po tym samym czasie zjawiły się drgawki kloniczne całego ciała z sinicą, pianą na ustach i charczącym oddechem; po inj. adrenaliny i glukozy atak minął i chory wrócił rychło do przytomności. Ogółem miał 15 zapaści.

Po leczeniu insulinowem przemijająca poprawa; chory przez szereg dni pracował z innymi chorymi, pomagał sprzątać na oddziale, grał w karty, opowiadał o swoich przygodach na Łotwie i zachowywał się zupełnie poprawnie. Po tym czasie wrócił jednak do dawnego stanu, przestał odpowiadać na pytania a reagował tylko przeczącemi lub twierdzącemi ruchami głowy, często niesytuacyjnie uśmiechał się. W ostatnich miesiącach zahamowany, siedzi w stereotypowej pozie na jednem miejscu, zbiera różne śmieci, pluje na ubranie, czasami zanieczyszcza się.

B. J. Nr. hist. chor. 2103 (Tabl. III. przyp. 7) lat 25, przybyła do Kliniki 29.VIII.35. Brat pacjentki psychicznie chory. Pacjentka w dzieciństwie przechodziła odrę, szkarlatynę i gruźlicę, w późniejszym wieku często chorowała na grypę i zapalenie płuc. Uczyła się słabo. Z usposobienia poważna, mało towarzyska, wrażliwa, skłonna do płaczu. Wiosną 1935 w okresie rekonwalescencji po zapaleniu płuc, stała się smutna, mówiła, że umrze na gruźlicę płuc i niema na to żadnego ratunku. Po paru tygodniach stan się wybitnie pogorszył, stała się b. drażliwa, kłótliwa, uciekała z domu, zaczepiała na ulicy przechodniów, mówiła, że wszyscy na nią wrogo patrzą, że wyśmiewają się z niej, że hypnotyzują ją i że widzi djabłów. Na kilka dni przed przybyciem do Kliniki była podniecona, agresywna, wypowiadała urojenia prześladowcze.

W Klinice naogół spokojna, kontaktu sama nie nawiązuje, przeważnie zahamowana, trzyma się zdala od otoczenia, na pytania odpowiada niechętnie, twierdzi, że jest hypnotyzowana i czarowana przez inne chore.

9.IX.35 r. rozpoczęto leczenie insuliną. Po zastrzykach pacjentka była niespokojna, krzyczała, wstawała z łóżka, z nadejściem potów uspokajała się. Pierwsza zapaść drgawkowa wystąpiła po 120 jedn. W 2 godziny po zastrzyku wśród zlewnego potu i senności zjawiły się kloniczne drgawki całego ciała, które po dożylnym wlaniu glukozy natychmiast ustąpiły: pacjentka odzyskała przytomność i zjadła sama śniadanie. Na następne dawki insuliny chora zawsze reagowała zapaściami drgawkowymi, w czasie których oddawała mocz pod siebie.

Po leczeniu insulinowym stan psychiczny pacjentki — nie uległ poprawie.

R. A. Nr. hist. chor. 2181 (Tabl. III. przyp. 8) lat 25, rolnik. Starszy brat pacjenta b. drażliwy, wybuchowy. Pacjent rozwijał się normalnie, w szkole uczył się dobrze. Po powrocie z wojska gospodarował na roli. Był towarzyski, pracowity, lubiany przez sąsiadów. W sierpniu 1935 został przez brata ciężko pobity siekierą i leżał kilka tygodni w szpitalu. Po powrocie ze szpitala zaczął zdradzać zabu-

rzenia psychiczne: stał się ruchliwy, agresywny względem żydów, nazywał ich „niechrzonymi djabłami", kilku z nich pobił, gdy na jego rozkaz nie przeżegnali się. Groził, że spali wieś. Umieszczony w areszcie gminnym powybijał szyby, rozebrał piec, śpiewał pieśni religijne, w ruchach naśladował kapłanów odprawiających mszę, równocześnie nieprzyzwoitemi słowami wymyślał duchowieństwu. Uciekał do miasta, by „wyrżnąć żydów, którzy oszukują katolików". Podarł odzież na sobie. Gdy wezwany lekarz dokonał zastrzyku uspakajającego, twierdził, że zastrzyknięto mu truciznę. W tym stanie przybył do Kliniki 7.XII.35.

Na oddziale podniecony psychoruchowo, śpiewa pieśni religijne, przytupując nogami, klaszcze w dłonie, wybucha śmiechem, rozbiera się do naga, rozlewa jedzenie, zanieczyszcza się moczem. Dzień i noc monologizuje bezładnie o M. Boskiej, Bogu, Świętych, wtrącając nieprzyzwoite słowa.

W czasie od 30.I do 21.III.36 przebył leczenie insulinowe. Zapaści, których przebył 15, zaczynały się wzmożonym łaknieniem, nasilającemi się potami, sennością, przerywaną niekiedy stanami zamroczenia z podnieceniem ruchowym. W zapaści 9-tej i 13-tej wystąpiły skurcze toniczne całego ciała i charczący oddech z pianą na ustach. Po inj. glukozy objawy te szybko ustąpiły.

Po przebyciu 4 zapaści chory z każdym dniem poprawiał się psychicznie, uspokoił się, przestał pluć, zanieczyszczać się, pomagał w pracy oddziałowej. Chętnie rozmawiał z lekarzem, dawniejsze swoje zachowanie tłumaczył, że „chciał postraszyć tylko żydków". Jadał i sypiał dobrze. Z chorymi konfliktów nie miał. W stanie znacznej poprawy zabrany przez brata 6.IV.36. Miesiąc później matka doniosła, że pacjent zachowuje się spokojnie, rozmawia logicznie i pracuje. 8.VII gmina nadesłała powiadomienie, że pacjent pod względem psychicznym jest zupełnie normalny.

B. S. Nr. hist. chor. 2202 (tabl. III przyp. 2), lat 27, kawaler, mechanik. Siostra psychicznie chora. Pacjent rozwijał się normalnie, uczył się dobrze. Był zdolnym ślusarzem-mechanikiem. Z usposobienia wyniosły, skryty, nietowarzyski. Zachorował we wrześniu 1935 r. stał się przygnębiony, milczący, porzucił pracę, przestał wychodzić z domu, mówił, że wszyscy otaczający go są szpiegami, którzy prześladują go za czytanie bezbożnej literatury. Dlatego spalił wszystkie książki i gazety, znalezione w domu. Usiłował odebrać sobie życie i zranił się brzytwą w lewą dłoń. Po tym wypadku przewieziony do Kliniki (31.XII. 1935) stawia silny opór, drży na całem ciele, bełkocze niezrozumiale, oglądając się z przerażeniem dokoła. Na pytania nie odpowiada, dopiero po kilku dniach udaje się od niego wydobyć, że słyszy głosy, grożące mu karą za jego grzechy, obraził bowiem Boga onanizmem i próbą samobójstwa. Zamiast podłogi widzi często wodę płynącą i sięgającą mu do kostek lub piasek szybko przesypujący się. Pod wpływem tych przykrych przeżyć wyraz oczu trwożliwy, siedzi skulony na uboczu, odmawia przyjmowania pokarmów, z nikim kontaktu nie nawiązuje. Stawia opór przy badaniu fizycznem, porusza się jak automat, trzyma dłonie zaciśnięte; w nocy cicho monologizuje „nie warto żyć.. różne pisma wpoiły we mnie przekonanie, że jestem zdrów i zarazem chory.. zabiłem swoje serce.. razem z książką śmiałem się i płakałem.. brak mi ducha.. widzę swoją przepowiednię.. ogień, płomienie, wodę.. te 3 rzeczy wciąż widzę.. czeka mnie wielkie gorąco i wielkie zimno.. słyszę dzwony, sygnały mojej kary". Na pytania lekarza zupełnie nie reaguje, stawia silny opór, gdy lekarz próbuje ująć go za rękę.

W czasie od 30.I. 36 do 21.III. 36 r. przebył leczenie insulinowe. Z 16 zapaści śpiączkowych 2 ostatnie były połączone z wytrzeszczem gałek ocznych i drgawkami m. m. mimicznych twarzy.

Po ukończeniu leczenia w dalszym ciągu odosabnia się, natomiast chętniej, niż dawniej podejmuje rozmowę z lekarzami; pamięta cały przebieg kuracji, sądzi, że zastrzyki stosowano mu po to, by znieczulić jego roztrojone nerwy. Uważa się nadal za grzesznika i spokojnie oczekuje wyznaczonej mu kary. Z pewnym oporem daje się nakłonić do pracy w ogrodzie. Opisany stan utrzymywał się do wypisania z kliniki (2.VII. 36). Późniejszych wiadomości brak.

D. F. Nr. hist. chor. 2069 (tabl. III przyp. 10) lat 20, rolnik. Matka uchodziła we wsi za dziwaczkę. Pacjent rozwijał się normalnie, skończył szkołę powszechną, w której dobrze się uczył, wykazując szczególne zdolności do rysunków. Pomagał rodzinie w gospodarstwie. Zachorował nagle w połowie lipca 1935. Konwojent, który przywiózł pacjenta do Kliniki (22.VII. 35) podał, że chory pewnej nocy zaczął krzyczeć, był bardzo niespokojny, wybiegł nad ranem do miasteczka P., gdzie powybijał w sklepach szyby, bił policjantów. W drodze do Kliniki usiłował wyskoczyć z pociągu, cały czas mówił bez związku. Na oddziale ruchliwy, agresywny rwie na sobie bieliznę, chowa się pod koc, wykrzykuje oderwanemi zdaniami, domaga się kary dla siebie za wybicie szyb, nazywa się prawdziwym człowiekiem, w którego wszyscy muszą uwierzyć, kto weń uwierzy, chociażby umarł, zmartwychwstanie, lęka się śmierci przez otrucie, bo przeczytał w Przewodniku Katotolickim „zetną mu mieczem głowę", musi krzyczeć, by ziemia się zatrzęsła i bali się go ci, co nie wierzą w religję rzymsko-katolicką. Cicho monologizując, zdejmuje ciągle pantofle, pluje na nie i czyści rękami.

Po 3 miesiącach — w ciągu których stan psychiczny nie uległ wybitniejszej zmianie — zaczęto leczenie insulinowe. Po 4 zastrzyku (60 jedn.) wystąpiła w 2 godziny zapaść, poprzedzona apatją, ogólną bladością powłok, nasilającem się potem, sennością i zwolnieniem tętna. Wieczorem tego dnia — mimo spożycia dużej ilości węglowodanów — wystąpiła powtórna zapaść, która ustąpiła po wypiciu sporej ilości dobrze ocukrzonej herbaty. Dalszych zastrzyków zaniechano z powodu wystąpienia stanów podgorączkowych i objawów nieżytu płuc, przyczem w plwocinie stwierdzono obecność laseczników Kocha.

Pacjent aż do końca pobytu w klinice (10.XII. 35 zabrany przez brata) podniecony psychoruchowo, monologizuje chaotycznie na tematy religijne, pluje na podłogę i ściany, rozmazuje plwocinę, z łóżka robi magazyn różnych śmieci, na pytania odpowiada niechętnie. Jada i sypia dobrze. Stany podgorączkowe utrzymują się. Z początkiem czerwca 1936 nadeszła wiadomość z gminy, że pacjent zachowuje się zupełnie normalnie, żadnych objawów psychicznych nie zdradza, a tylko z powodu niedomagania płuc cięższej pracy nie wykonuje.

M. W. Nr. hist. chor. 2030 (tabl. III przyp. 11) lat 22, abiturj. gimn. Brat matki chorował psychicznie. Pacjent przebył w dziecięctwie odrę i szkarlatynę. Z usposobienia poważny, mało towarzyski, zgodny w współżyciu, pracowity, w gimnazjum jeden z najpilniejszych uczniów. Zachorował w czerwcu 1935 r. w kilka dni po złożeniu matury. Koledzy zauważyli, że nazywa ich innemi imionami i nazwiskami i rozmawia z nimi, zatracając coraz bardziej logiczne powiązanie słów. Jednym kolegom przepowiadał zgubę, innym wielką karjerę, do rozmowy wtrącał raz po raz słowa „Hitler, Napoleon i t. p." stał się ruchliwy, zaczepny, w razie najmniejszego sprzeciwu popadał w złość i był agresywny. Całemi nocami nie spał, monologizował niezrozumiale.

W stanie silnego podniecenia psychoruchowego przywieziony do kliniki 12.VI. 35 r. Niespokojny, wywraca łóżka i pościel, bije najbliższych chorych, drze bieliznę, zanieczyszcza się moczem, onanizuje, na pytania nie odpowiada wcale

lub tylko cichym niezrozumiałym szeptem, wśród szeregu dziwacznych gestów, marszczy brwi, wykrzywia twarz, wpatruje się w jedno miejsce, poczem gwiżdże lub wydaje krzyki, naśladujące ryk zwierząt. W ciągu lipca 35 r. stan podniecenia nieco mniejszy, powtarza słowa zasłyszane od innych chorych, na pytania odpowiada bez związku, mówi chaotycznie o wojnie powietrznej, piekle, Marszałku, maturze, nazywa siebie Kainem. Jada opornie, śpi tylko po środkach nasennych. Przez dalsze 4 miesiące stan tensam.

10.XI. 35 rozpoczęto leczenie insulinowe. Przebył 15 zapaści śpiączkowych, poprzedzonych wielokrotnie silnemi wyładowaniami ruchowemi. Pierwsze oznaki poprawy zaczęły występować w tydzień po ukończeniu leczenia t. j. z początkiem lutego 1936 r.; pacjent stał się spokojniejszy, mniej rozkojarzony i w ogólnem zachowaniu coraz lepszy. Poprawa ta szła szybko naprzód, kontakt coraz łatwiejszy, pacjent z widocznem zażenowaniem opowiada o swoich przeżyciach, które, jak twierdzi, pamięta tylko we fragmentach, dodaje przytem „wszystko, co działo się ze mną, wydaje mi się snem, nie wiem dlaczego tak się zachowywałem, wprost nie chce mi się wierzyć, że mogło tak być".

Ostatnie 2 miesiące pobytu pacjent spędził w oddziale w Kojranach, gdzie zachowanie się jego było bez zarzutu. Powierzoną pracę wykonywał bardzo chętnie i starannie. Prosił o wypisanie ze szpitala, by po powrocie do domu pomagać najpierw ojcu a potem wstąpić na uniwersytet lub szkoły zawodowej.

15.IV. 36 w stanie remisji zabrany przez ojca (przybyło 10 klg. na wadze, która aż do rozpoczęcia insulinowego stale obniżała się). 3.VII.36 otrzymano wiadomość z gminy, że pacjent pogorszył się i zapadł na melancholję.

S. S. Nr. hist. chor. 2031 (tabl. III przyp. 12) lat 48, przybyła do Kliniki dn. 12.VI. 35 r. Wywiad od rodziny bez znaczenia. Z natury kapryśna, leniwa, kłótliwa. Zamąż wyszła w 23 r. ż. Rodziła 4 razy. Nie roniła. Ostatnia miesiączka przed 2 tyg., zawsze prawidłowa, regularna. W kwietniu 1935 r. zachorowała na grypę, miała wysoką temperaturę, leżała w łóżku do 7.VI. 35 w tym czasie pacjentka zaczęła zdradzać objawy choroby psychicznej, stała się smutna, wykonywała stereotypowe ruchy rękami, mówiła, że ma w sobie djabła. Na kilka dni przed przybyciem do Kliniki stała się niespokojna, krzyczała, lamentowała głośno, rwała na sobie ubranie i bieliznę, nie przyjmowała pokarmów. Źle sypiała.

W Klinice spokojna, dziwaczna, pełza po podłodze na czworakach, głośno lamentuje, chowa się pod stoły, na pytania odpowiada niechętnie — głosem cichym. Mówi, że jest przez djabła opętana, że cała rodzina została wymordowana. Miewa omamy wzrokowe, mówi, że widziała na sali kilka razy Pana Jezusa. Kontaktu sama nie nawiązuje. Jada pod przymusem, sypia dobrze.

Dnia 5.XI. 35 rozpoczęto leczenie insuliną: Po 20 jednostkach insuliny pacjentka w godzinę po zastrzyku silnie spociła się, domagała się jedzenia, była senna. Na dalsze dawki chora bardzo wcześnie po zastrzyku, po 25—35 min. reaguje stanami niedocukrzenia. Na pytania niechętnie odpowiada, jest spokojna. Przy 35 jedn. insuliny wystąpiła zapaść śpiączkowa. Po następnych zapaściach udawało się z chorą nawiązywać kontakt, mówiła wówczas, że śniła, że była w domu, pytała kiedy mąż przyjdzie ją odwiedzić. Zwykle po kilku minutach zaczynała krzyczeć, „co się dzieje, ja nie mam nikogo, wszyscy wymordowani, wy robicie ze mną dziwaczne sztuczki, jesteście szatanami i z każdego robicie djabłów".

W czasie leczenia stan nie uległ poprawie, chora trzyma się zdala od otoczenia, nie nawiązuje kontaktu, niechętnie odpowiada na pytania. Jada sama b. dobrze. W 2 mięsiące po zakończeniu kuracji pacjentka stała się bardziej oży-

wiona, nie wypowiadała urojeń, domagała się wypisania do domu, pomagała w pracy na oddziale, myła naczynia, zamiatała sale, szyła, cerowała. W takim stanie została wypisana z Kliniki na żądanie rodziny. Po kilku miesiącach nastąpiło pogorszenie (wiadomość 2.7.36).

K. F. Nr. hist. chor. 1965 (tabl. III przyp. 13) lat 31, przybyła do Kliniki 8.IV. 1935. Dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie jak i w późniejszym wieku była zdrowa. Zamąż wyszła w 19 r. ż., rodziła 4 razy, dzieci żyją, zdrowe. Z usposobienia małomówna, podejrzliwa, pracowita. Psychicznie zachorowała po porodzie w połowie kwietnia 1935 roku, uciekała z domu, mówiła, że mąż chce ją zabić. Po $2^1/_2$ miesiącach popadła w stan stuporu, nie jadała, była karmiona sondą.

Dnia 10.IX.35 rozpoczęto leczenie insuliną. Na małe dawki insuliny pacjentka reagowała lekkiemi stanami niedocukrzenia. Nie jadała, była karmiona w dalszym ciągu sondą. Po zastrzyku 50 jedn. insuliny zaczęła jadać. Po następnych dawkach reaguje silniejszemi stanami niedocukrzenia. Kontaktu z chorą nie udaje się nawiązać. Pierwsza zapaść wystąpiła przy 120 jedn. insuliny, po 1 godz. chora zaczęła silnie pocić się, stała się senna. Po 1.30 godz. podniecona, przewraca się z boku na bok, krzyczy, jęczy, mlaska ustami, na pytania nie odpowiada, po 1,45 godz. popadła w głęboki sen, po kilku minutach pojawiły się drgawki kloniczne m. twarzy; po natychmiastowem wstrzyknięciu dożylnem 40% glukozy, pacjentka odzyskała przytomność, podane śniadanie jadła żarłocznie. Na wzrastające dawki insuliny pacjentka zawsze popadała w zapaść śpiączkową połączoną z drgawkami. Po piątej zapaści chora sama nawiązywała kontakt z otoczeniem, od tego czasu stan psychiczny pacjentki ulegał z każdym dniem wyraźniejszej poprawie. Stała się bardziej ruchliwa, zajmowała się pracą na oddziale, szyła, czytała książki i tygodniki.

W tydzień po zakończeniu kuracji podczas badania chora podała: „po urodzeniu dziecka stałam się jakaś nerwowa, niespokojna, zdawało mi się, że mąż mnie zdradza, teraz widzę, że to było wszystko takie śmieszne, zdawało mi się, że łożysko które mąż schował, to ma być trucizna dla mnie, teraz w to wszystko, co było dawniej, nie wierzę, widzę, że był to tylko mój wymysł... w szpitalu zdawało mi się, że jak będę mówiła, to nigdy się stąd nie wydostanę, nic nie jadłam i nie mówiłam, siedziałam cichutko, czekałam kiedy mnie wypuścicie ze szpitala, nieraz przychodziły takie myśli, żeby poprosić o kawałek chleba, ale nie miałam odwagi i tak męczyłam się w tem postanowieniu, ale to było bardzo przykre. W czasie zastrzyków miałam rozmaite uczucia, czasami bardzo miłe, innym razem przykre, najbardziej przykry to był głód, a potem lęk, że mogę umrzeć. Bałam się śmierci głodowej i dlatego zaczęłam jeść, jak raz powiedziałam słowo i usłyszałam mój głos, wtedy zaczęłam słyszeć rozmowę wszystkich chorych i zdrowych, przedtem rozmowy nie chciałam słyszeć. Chciałabym o tem wszystkiem zapomnieć, bo to przykro wspominać".

Po ukończeniu kuracji wypisana z Kliniki w stanie remisji. 1.VII.36 otrzymano wiadomość z gminy, że chora wykazuje te same zaburzenia psychiczne, co poprzednio.

A. S. Nr. hist. chor. 2112 (tabl. III przyp. 14) lat 27, rolnik, kawaler. W rodzinie nikt psychicznie nie chorował. Pacjent był chłopcem krnąbrnym, nieposłusznym, upartym, lubiał płatać złośliwe figle, za co karcony był często w szkole. Przed 5 laty odbył służbę wojskową, poczem pomagał ojcu w gospodarstwie. Latem 1935 r. chciał się żenić z panną, która bardziej darzyła względami jego młodszego brata, ucznia 7 klasy gimn. Pacjent poczuł zazdrość z tego powodu, czynił wyrzuty rodzicom, że go nie kształcili i zaczął im grozić, że za 7 klas brata będzie ich mę-

czył przez 7 lat. Zwolna stał się milczący, ponury, przestał pracować i przeważnie leżał w łóżku. Pisał do dziewczyny anonimy i oszczercze listy, w których upewniał ją, że brat nie chce jej znać. Gdy dziewczyna ta nawiązała znajomość z pewnym policjantem, zaczął wyrażać obawy, że przez tego policjanta pójdzie pod sąd. Odtąd przeżywał lęki, że zostanie aresztowany, że będą go bić, katować i t. p. W tym stanie przybył do Kliniki 12.IX.35 r.

Na oddziale zachowuje się spokojnie, b. mało kontaktuje z otoczeniem, jada pod przymusem, czasem cicho monologizuje. Podaje w rozmowie z lekarzem, że pewnej nocy sierpniowej u. r. zaczął nagle krzyczeć, gdyż przeląkł się, że anonimy pisane do znajomej, dostały się do rąk P. Marszałka, który oburzony ich treścią musiał odsunąć się od rządów. Sądził tak dlatego, gdyż adresował listy J. W. P. co znaczy... Józef Piłsudski, Warszawa. Jako karę wyznaczono mu śmierć, poczem ma nastąpić ogłoszenie, że P. Marszałek żyje i wraca do rządów. Będąc w miasteczku W. wyczuł, że obserwują go, prześladują i chcą zabić w zagrodzie, ofiarowanej Premjerowi Sławkowi: kopano ją bowiem w 4 rogach, co oznacza, że 4 osoby mają być stracone a właśnie on pisał anonimy w imieniu 4-ga osób t. j. swojem ojca, brata i siostry. Czuje w sobie dużą moc: gdy się pomodli, to modlitwa jego przywraca zdrowie. Dzięki modłom uzdrowił swoją matkę.

W czasie od 26.IX.35 do 6.XII.35 przebył leczenie insulinowe. Już po wstępnych dawkach (30—100 jedn.) reaguje wzmożonem łaknieniem, apatją, sennością, narzeka na silne osłabienie, bicie serca, chwilami drzemie. Poczynając od 100 jedn. reaguje silnemi stanami hypoglykemicznemi, kończącemi się zlewnym potem i potęgującą się sennością przy wybitnem zwolnieniu tętna. U chorego dwukrotnie wystąpiły t. zw. późne stany zapaściowe (wieczorem dnia, w którym miał zastrzyk insuliny) o tych samych objawach, jak z rana. Objawów drgawkowych w ciągu 15 przebytych zapaści nie obserwowano ani razu, natomiast tuż przed zapaścią mowa chorego stawała się b. powolna i lekko bełkocząca.

Chory przez cały czas kuracji zachowywał się spokojnie, wyrażał jednak obawy, że dokonywane zastrzyki zaszkodzą i zrobią z niego żyda. W drugiej połowie kuracji zaczął krytycznie odnosić się do swoich przeżyć urojeniowych, tłomacząc że widocznie był chory na głowę, która po zastrzykach się wyswobodziła. Wie teraz napewno, że Marszałek zmarł w maju b. r. więc pisane przezeń anonimy nie mogły się dostać do Jego rąk. Taksamo odnośnie do innych przeżyć, pacjent koryguje je i zdaje sobie sprawę, że były chorobliwemi („sam nie wiem, co mi było, widocznie byłem chory"). Pacjent dawniej jadający pod przymusem a często dopiero na widok zgłębnika, zaczął jadać sam i nawiązywał żywszy kontakt z personelem, interesował się sprawami rodzinnemi, prosił o wypisanie go ze szpitala, aby nie obciążać kosztami ojca. Po wypisaniu się ma zamiar odpocząć na wsi u swego stryja a potem wrócić na swój dzierżawiony folwark.

10.XII.35 został zabrany przez ojca w stanie znacznej poprawy (nie da się wykluczyć domieszki dysymulacji).

W czerwcu 1936 otrzymano wiadomość od ojca, że pacjent „nie ma manji mówienia głupich rzeczy, jak to kiedyś było", zachowuje się spokojnie, lecz niechętnie pracuje i lubi odosabniać się.

K. S. Nr. hist. chor. 2017 (tabl. III przyp. 15) lat 21, robotnik. Matka pacjenta uchodzi we wsi za kobietę b. nerwową od czasu śmierci córki. Pacjent w szkole uczył się źle, był leniwy, krnąbrny, milczący, złośliwy. W lutym 1935 został zwolniony z wojska z powodu „histerji". Po powrocie do domu odmawiał jedzenia, był impulsywny, zachowywał się dziwacznie, wrogo odnosił się do otoczenia. Z koń-

cem maja 1935 r. wystąpiło silne podniecenie ruchowe, pacjent znienacka, nic nie mówiąc, rzucał się na otoczenie i wykazywał popędy niszczycielskie; zdemolował mieszkanie rodziców, chodził z polanem w ręce, nic nie jadł, na pytania nie odpowiadał. Przywieziony do Kliniki 2.VI.35 r.

Na oddziale nieprzystępny, bez ruchu leży na łóżku, rwie zębami pościel, rozbiera się do naga, naśladuje ruchy drapieżnych zwierząt; często zrywa się znienacka i przypadając do najbliższego chorego chwyta go rękami za gardło. Z tego powodu jest czujnie dozorowany. Zupełny mutyzm. Często zanieczyszcza się do łóżka. W ciągu dalszego pobytu stan katatoniczny nie cofa się; co pewien czas musi być karmiony sondą. Wykonuje stereotypowe dziwaczne ruchy, wsadza głowę między nogi i w tej pozycji trwa dłuższy czas, wykręca głowę na wszyskie strony lub godzinami leży na brzuchu. nie daje przystąpić do siebie, pluje, mutystyczny, raz tylko głośno odezwał się „puście mnie do domu".

W czasie od 3.X.35 do 15.I.36 r. przebył leczenie insulinowe, które natrafiało na duże trudności z powodu b. silnego oporu pocjenta przy dokonywaniu zastrzyków i odmawianiu jedzenia. W 1 — 2 godzin po injekci występowały wyraźne objawy hypoglykemji, jednak pomimo stałego zwiększania dawek, raz tylko doszło do stanu zbliżonego do zapaści (zamroczenie z podnieceniem, wybitna bladość, szklisty wzrok, znaczne przyśpieszenie tętna). Mimo to, po 14 zastrzykach insulinowych t. j. z początkiem grudnia 1935 r. zauważono wyraźną i postępującą naprzód poprawę; pacjent stawał się przystępniejszy, mniej zahamowany, zapytany odpowiadał bezpośrednio, aczkolwiek cicho i lakonicznie, przestał stawiać opór przy dalszych injekcjach, podawał rękę na przywitanie, sam podchodził do lekarza, szepcząc cicho i niewyraźnie. Zaczął dbać o swoją odzież, lepiej jadać, nieraz sam dopraszał się o jedzenie. Dawniejsze dziwaczne ruchy oraz agresywność — zupełnie przycichły. Ucieszył się listem otrzymanym od rodziny i odpisał nań, wykazując serdeczne zainteresowanie rodziną. Próbowano dalszych zastrzyków insulinowych lecz pacjent z powodów, których nie podawał, żadną miarą nie chciał się na to zgodzić i domagał się wypisania go do domu. W ciągu stycznia 1936 r. chory wykazywał tylko lekkie zahamowanie psychoruchowe i tendencję do odosabniania się jednak spełniał polecenia, dawał się nakłonić do pracy, wychodził chętnie na spacery i nigdy żadnych konfliktów z otoczeniem nie miał, jadał i sypiał dobrze.

W tym stanie został 2.II.36 r. zabrany do domu. 9.VI. 36 otrzymano list od ojca, w którym pisze, że pacjent naogół czuje się dobrze, pracuje, lecz od czasu do czasu ma „ataki na tle rozstroju umysłowego".

M. K. Nr. hist. chor. 2176 (tabl. III przyp. 18) lat 28, kawaler, rolnik. Według relacji konwojenta, który przywiózł pacjenta do Kliniki, nikt w rodzinie chorego psychicznie nie chorował. Pacjent służył za parobka u sąsiada ojca, u którego wykonywał wszystkie prace gospodarskie. Zachorował na wiosnę 1935; zaczął „mówić od rzeczy", był agresywny wobec otoczenia, po paru miesiącach stał się milczący, zanieczyszczał się do łóżka.

Na oddziale autystyczny, negatywistyczny, dziwaczny, chowa głowę pod koc, w czasie wizyty wykrzykuje pojedyńcze, oderwane wyrazy. W stereotypowej pozycji przebywa całemi godzinami na sali, nienawiązując z nikim kontaktu. Urojeń nie wypowiada. Stale moczy pod siebie. Silnie napina mięśnie, gdy lekarz próbuje ująć go za rękę.

W czasie od 30.I do 30.III.1936 r. przebył leczenie insulinowe; 23 zastrzyki w ogólnej ilości 2820 jedn. Miał 15 zapaści śpiączkowych poprzedzonych stanami zamroczenia, silnem podnieceniem ruchowem.

Leczenie insulinowe nie dało wybitniejszej poprawy poza przyrostem wagi około 5 klg.

K. K. Nr. hist. chor. 2187 (tabl. III przyp. 19) lat 33, przybyła do Kliniki 21.V.35 r. Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Zamąż wyszła w 20 r. ż. pożycie małżeńskie zgodne, pracowita, gospodarna, towarzyska, zawsze opanowana, poważna. Rodziła jeden raz, dziecko zmarło w 2-gim roku życia na zapalenie opon mózgowych. Przebyła 10 sztucznych poronień. W maju 1935 usposobienie pacjentki zmieniło się, stała się drażliwa, kłótliwa, wyrzucała męża z domu, mówiła, że go nie kocha, groziła, że go zabije. Po upływie kilku tygodni była niespokojna, uciekała nago z domu.

W Klinice spokojna, zorjentowana w czasie, miejscu i otoczeniu. Wypowiada urojenia, nie jadała okresowo, mówiła, że pokarmy są zatrute, że czuje jak gniją jej żebra, jak serce opuszcza się do jamy brzusznej. Słyszy głosy krewnych i znajomych, które nakłaniają ją do powrotu do domu, do męża. Okresowo pacjentka bywa b. niespokojna, wrogo odnosi się do otoczenia, bije inne chore. Urojenia potęgują się.

Dnia 16.I.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną. Na początkowe dawki insuliny reagowała po upływie 35 — 45 min. stanami niedocukrzenia. Okresowo bezpośrednio po zastrzyku bywała niespokojna, wypowiadała urojenia i miewała omamy. Pierwsza zapaść wystąpiła po 140 jedn. insuliny. Przy następnych dawkach reagowała stale zapaściami śpiączkowemi.

W czasie leczenia stan psychiczny pacjentki nie uległ zmianie. Obecnie (po kuracji 5 m-cy) pacjentka jest spokojna, rzadziej wypowiada urojenia i omamy, trzyma się zdala od otoczenia. Do żadnej pracy nie daje się nakłonić.

S. H. Nr. hist. chor. 2109. (Tab. IV. przyp. 1) lat 29, robotnik kolejowy, kawaler. Konwojent, który przywiózł pacjenta do Kliniki 7.IX. 1935 r. podał, że pacjent był robotnikiem b. pracowitym, sumiennym. Zawsze poważny, małomówny. Zachorował psychicznie 1-szy raz w r. 1932. Po 3 miesiącach wyzdrowiał. 2-gi raz zachorował we wrześniu 1935 r.; stał się podniecony, wielomówny, zaczepiał innych robotników, wymyślał im, biegał po mieście z bukietem kwiatów w ręce, który podsuwał przechodniom do wąchania, obrzucał nieprzyzwoitemi wyrazami tych, co nie chcieli go słuchać. Aresztowany za zakłócenie spokoju publicznego, rozwalił w celi piec, połamał okna, pobił współwięźniów, krzyczał „bez sensu". Parę dni później, uciekł konwojentowi, który miał go odstawić do szpitala, pobiegł do miasteczka, gdzie powybijał szyby w kilku domach i podarł na sobie ubranie.

Na oddziale niespokojny, wykrzykuje bez związku, woła „baczność", nazywa siebie Niemcem z „generalskiej szkoły", monologizuje chaotycznie, zdradzając silne przeżycia urojeniowe, wymachuje dziwacznie rękoma, wykonuje ruchy salutowania, przykłada obie ręce do czoła, wpatrując się w dal, zrzuca pościel z łóżka, drze odzież na sobie, odpowiedzi daje negatywistyczne, zdradza zatamowania myślowe.

Stan ten utrzymuje się aż do rozpoczęcia leczenia insuliną, które przebył w styczniu i w lutym 1936 r. Pobrał 13 inj. insuliny w ogólnej ilości 1160 jedn. Miał 5 silnych zapaści mokrych. Dwukrotnie obserwowano ptozę i parezę ustnej gał. n. twarzowego — po stronie prawej. Począwszy od 6-go zastrzyku insulinowego (do tego czasu reagował tylko wzmożonem łaknieniem, ogólną bladością, poceniem się i lekką sennością) postępująca stale naprzód poprawa. Zaczęło ustępować podniecenie psychoruchowe, monologizmy, perseweracje słowne i ruchowe; pacjent coraz łatwiej nawiązywał kontakt i dawał poprawne odpowiedzi. Opisał dokładnie swoje przeżycia chorobowe, do których zaczął odnosić się krytycznie: „coś

się w mojej głowie stało... gadałem ni w pięć ni w dziesięć... porwałem na sobie ubranie, biłem głową o łóżko... zdawało mi się, że jestem w wojsku na warcie przy Generalskiej szkole na Koszykowej i dlatego tak wciąż salutowałem... jakieś przeżycia wojskowe mąciły mój mózg, chorego G. brałem za pułk. L. i dlatego, ile razy popatrzał na mnie, stawałem na baczność... jakieś kwiaty kazałem ludziom wąchać... czasem zdawało mi się, że jestem w piekle i widzę mnóstwo ludzi... byłem dziwacznie rozstrojony... teraz po kuracji chciałbym już żyć życiem normalnem, bo przykrzy mi się za pracą...".

Pacjent wypisany z Kliniki 13.II. 1936 r. w stanie remisji, która — według informacji matki pacjenta — trwała aż do czerwca 1936 r., poczem stan pacjenta z powrotem się pogorszył.

Ż. S. Nr. hist. chor. 2000. (Tab. IV. przyp. 2) lat 38, sędzia. W rodzinie psychicznie chorych nie było. Pacjent rozwijał się prawidłowo. Z usposobienia był towarzyski, jednak przez kolegów uważany był za zarozumialca. Przed 9 laty przejął się bardzo chorobą siostry i bywały chwile, że mówił „niedorzecznie". Przed 3 laty sądził kilka spraw zakończonych wyrokiem śmierci; przejął się tem i zdradzał podenerwowanie, z błahych powodów wpadał w gniew. Pewnego dnia miał uczucie, że ktoś chodzi za nim i podpatruje go. Zwolna nabrał przekonania, że jest prześladowany za wydane wyroki śmierci i przeniósł się do wydziału cywilnego, przed tem jednak wymógł na prokuratorze przydzielenie mu wywiadowcy, który miał wykryć jego wrogów. Po paru miesiącach stan ten minął. Z początkiem maja 1935 przypadkowo sądził w sprawie karnej i musiał podpisać wyrok śmierci. Gdy w kilka dni potem dowiedział się o zgonie Marszałka i otrzymał depeszę o chorobie matki popadł w stan silnego zdenerwowania i myślał o samobójstwie. Mówił, że zostanie oddany pod sąd i skazany na śmierć za niesprawiedliwe wyroki, które podpisał. 19.V. 1935 r. przybył do Kliniki. Na pytania odpowiada chętnie lecz tonem podniesionym „mnie nic nie boli... jestem zdrów tylko zdenerwowany... ja źle wyrażałem się o Piłsudskim, pomagałem żydom i dlatego prokurator mógł słyszeć o tem... teraz mnie rozstrzelają". Mówi, że przez wrogów swoich jest hypnotyzowany, albowiem jest dobrem medjum. Uważa, że żona jego prowadzi niemoralne życie, nazywa ją prostytutką, lekarzy nazywa bolszewikami, raz uderzył lekarza w twarz, pytając „co pan uczynił z moją żoną?". Pacjent pogarszał się z dnia na dzień, owładnięty przeżyciami urojeniowemi popadał w stany podniecenia z agresywnością, wymyślaniem otoczenia najbardziej nieprzyzwoitemi wyrazami, pluł dokoła siebie, bił szyby.

W czasie od 12.IX. 35 do 19.XI. 35 przebył leczenie insulinowe. W 1 — $1^1/_2$ godz. po zastrzyku skarży się na dotkliwy głód, poci się, najpierw na czole, potem na całym ciele, bywa jużto podniecony i agresywny, jużto popada w senność, która poczynając od dawki 136 jednostek — przechodzi w stan śpiączkowy. Objawów drgawkowych w ciągu przebytych 10 zapaści — nie obserwowano. Leczenie było połączone ze znacznemi trudnościami, gdyż każdorazowej injekcji pacjent stawiał b. silny opór, twierdząc, że lekarz zastrzykuje mu mocz a nie insulinę.

Aż do końca pobytu w Klinice t. j. do 17.XII.35 stan psychiczny pacjenta nie ulegał poprawie, wypowiadał stale urojenia ksobno-prześladowcze, twierdził, że wszystko na świecie jest sztuczne, nawet słońce, odmawiał przyjmowania pokarmów, popadał w stany podniecenia, w czasie których był jednym z najbardziej agresywnych i niebezpiecznych chorych na oddziale. Zabrany przez żonę, pacjent po powrocie do domu wybitnie zaczął się poprawiać, tak, że po upływie 2 — 3 tygodni nie robił już na otoczeniu wrażenia osobnika psychicznie chorego (zacho-

wywał się poprawnie, przyjmował gości, uczęszczał z żoną do kina i teatru i tp.). Według ostatnich informacji od żony, pacjent zachowuje się poprawnie, nie wypowiada żadnych urojeń lecz w stosunku do dawnych przeżyć nie jest całkowicie krytyczny, jada i sypia dobrze, ma zamiar porzucić denerwujący go zawód sędziowski i starać się o posadę notarjusza.

W. G. Nr. hist. chor. 1536. (Tab. IV. przyp. 3) lat 19, przybyła do Kliniki 21.VII.33 r. Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie przebyła krzywicę. W późniejszym wieku była zdrowa. W szkole uczyła się dobrze, była wesoła, towarzyska, pracowita. Zachorowała nagle w lipcu 1933 r. wśród objawów silnego podniecenia, śpiewała, krzyczała, mówiła dużo i bez związku. W nocy nie sypiała, uciekała z domu, mówiła, że ojciec chce ją zabić. Po 3-miesięcznym pobycie w klinice została wypisana w stanie remisji. W czerwcu 1935 zachorowała ponownie. Przestała się uczyć, rozbierała się do naga, mówiła, że słyszy głosy, zdradzała niepokój lękowy. W tym stanie przybyła powtórnie do kliniki.

Na oddziale wesoła, łatwo nawiązuje kontakt. Otoczenie nazywa imionami swych znajomych. Okresowo bywała podniecona, negatywistyczna, biła chore i pielęgniarki, rwała pościel i bieliznę. Po 2 miesiącach uspokoiła się, przestała nawiązywać kontakt z otoczeniem. Siedziała skulona całemi godzinami na jednem miejscu, na pytania nie odpowiadała. Zanieczyszczała się moczem i kałem. Przy przeprowadzaniu z miejsca na miejsce stawiała silny opór.

Dnia 11.IX.35 r. zastosowano leczenie insuliną od 20 jedn.; pacjentka spokojna, na pytania nie odpowiadała, na początkowe dawki insuliny lekko pociła się. Przy 90 jedn. insuliny po 2 godz. 15 min. wśród zlewnego potu wystąpiły drgawki kloniczne w zakresie mm. twarzy, które szybko przeszły na mięśnie k. k. górnych. Natychmiast po wystąpieniu drgawek wstrzyknięto dożylnie 20 cm^3 glukozy 40% — drgawki po zastrzyku glukozy ustąpiły, chora zbudziła się, sama poprosiła o śniadanie. Na pytania nie odpowiadała. Po następnych dawkach insuliny chora słabo pociła się, po 2 godz. występowały zapaści śpiączkowe, poprzedzone zawsze silnem podnieceniem ruchowem, zrywała się z łóżka, mlaskała ustami, drapała rękami twarz. Na pytania nie odpowiadała. Stan taki trwał około 10 — 15 minut, poczem chora uspakajała się i popadała w głęboki sen.

Stan psychiczny pacjentki w czasie, jak również po leczeniu nie uległ poprawie. W dalszym ciągu jest zahamowana, negatywistyczna. Zanieczyszcza się moczem i kałem.

G. D. Nr. hist. chor. 2166. (Tab. IV. przyp. 5) lat 26, magister praw, niezamężna. Do Kliniki przybyła 23.XI. 1935 r. Dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie przebyła szkarlatynę i ospę wietrzną. W późniejszym wieku była zdrowa. W szkole uczyła się dobrze, z usposobienia wesoła, towarzyska, lubiana przez otoczenie. Po ukończeniu prawa w r. 1933 pracowała jako aplikantka sądowa, po kilkumiesięcznej pracy usposobienie pacjentki zmieniło się, stawała się smutna, zaczęła unikać towarzystwa, zaniedbywać się w pracy. Po kilku tygodniach takiego stanu przestała chodzić do sądu, zamykała się w pokoju, nie chciała widywać najbliższego otoczenia, leżała w łóżku, mówiła, że jest brzydka, że ma garb na plecach, że zmieniły się twarz i nos. Źle jadała i sypiała. W styczniu 1934 r. została umieszczona w lecznicy, skąd po 6 tygodniach powróciła sama do domu i do lutego 1935 r. czuła się dobrze, pracowała; po upływie tego czasu chora zaczęła wypowiadać urojenia prześladowcze, że wszyscy koledzy w sądzie źle o niej mówią, że jej szkodzą, przestała pracować, była smutna, małomówna, wrogo odnosiła się do otoczenia. Jadała za namową, źle sypiała.

W Klinice pacjentka spokojna, zahamowana. Na pytania nie odpowiada. Kontaktu z otoczeniem nie nawiązuje, stoi nieruchomo na jednem miejscu całemi godzinami. Stan taki utrzymywał się aż do rozpoczęcia leczenia insuliną.

Dnia 9.I.36 r. rozpoczęto kurację insulinową od 20 jedn. Na małe i stopniowo wzrastające dawki insuliny pacjentka reagowała pod koniec 2 godziny początkowemi objawami niedocukrzenia. Pierwsza zapaść śpiączkowa wystąpiła po injekcji 340 jedn. insuliny. Po 1,45 godz. pacjentka lekko pociła się, wstawała z łóżka. Po 2,20 godz. wystąpił zlewny pot, stała się senna, blada, tętno początkowo przyśpieszone, miarowe, dobrze wypełnione, oddech równy, głęboki, po kilku minutach tętno stało się nierówne, wolne, 58 — 60 na minutę, oddech charczący, po natychmiastowem wstrzyknięciu dożylnem 40 ccm glukozy 40%, chora zbudziła się, sama poprosiła o śniadanie, jadła żarłocznie. Po śniadaniu jak również i w ciągu dnia pacjentka nie odpowiadała na pytania. Na następne dawki insuliny reagowała zawsze zapaściami; po każdej zapaści kontakt z chorą był coraz łatwiejszy, chociaż krótkotrwały. Po 3 zapaści pacjentka samorzutnie mówiła, była ożywiona, uśmiechnięta, wykazywała duże zainteresowanie kuracją, mówiła o swojej chorobie: „Nie rozumiem tego stanu w jakim się znalazłam, co się ze mną stało, pamiętam jak dziś — byłam na wizji lokalnej — nic nie było tam strasznego — gdy powróciłam do domu zaczęłam bez powodu płakać, nie mogłam sobie miejsca znaleźć... często nawet myśleć o tem... lecz się już oddawna czasami siebie boję, jakieś dziwne we mnie zachodzą zmiany, Boże mój, młoda jestem, mam prawo do życia, dlaczego, skąd to wszystko przyszło, czy niema już dla mnie ratunku. Dzisiaj poraz pierwszy od dawna poczułam się po śniadaniu dziwnie dobrze, jak nowonarodzona, minęło zahamowanie, co za siła patologiczna we mnie siedzi, chciałabym mówić, ruszać się... nie mogę... nie mogę, jak bardzo chciałabym wrócić do życia... pomóżcie mi, nie opuszczajcie mnie, przecież ja okropnie cierpię, słyszę ciągle jakieś głosy swych znajomych, są to przykre głosy, dokuczliwe, zaśmiewają się ze mnie. Często znowu wydaje mi się, że te chore są więźniarki, że ja również jestem więźniem... ach, jakie to straszne". Prosiła sama o gazety, książki do czytania — stan taki trwał w ciągu całej godziny — poczem chora zapadła znowu w zahamowanie, nie odpowiadała na pytania, na twarzy malowało się przerażenie i lęk. Po następnych zapaściach pacjentka stała się bardziej ruchliwa, ożywiona, sama nawiązała kontakt z otoczeniem, czytała, wyszywała robótki. Okresowo w ciągu dnia była na krótko zahamowana, nie odpowiadała wówczas na pytania, siedziała nieruchomo na jednem miejscu. Stany te powtarzały się coraz rzadziej. Pod koniec kuracji pacjentka w czasie badania podała: „Dotychczas nic, a przynajmniej bardzo mało o sobie mówiłam, dzisiaj chciałabym panu dużo... dużo o sobie mówić... czy pan wie, że jestem magister praw... ile miałam nadziei, cieszyłam się jak małe dziecko... teraz wszystko wydaje się być straconem, ratujcie mnie, boję się, że popadnę znowu w zahamowanie, proszę mi powiedzieć skąd się to u mnie wzięło, byłam zupełnie zdrowa, pracowałam dużo i lubiłam pracę, po skończeniu gimnazjum wstąpiłam na prawo, a w 4 lata złożyłam wszystkie egzaminy, jaka byłam wtedy szczęśliwa, ile mi prawo dało korzyści, marzyłam o karjerze adwokackiej, o powodzeniu... proszę mi powiedzieć, czy ja wrócę do ludzi, do świata, ja chcę żyć...". Chora rozpłakała się, drżała cała na ciele i ciągle mówiła „ratujcie, ratujcie...". Po uspokojeniu się mówiła dalej: „proszę mi powiedzieć co się ze mną stało, czy zachodzą jakieś zmiany w nerwach, zdaje się, że nerwy mam zdrowe, nie jestem porażona, dlaczego, skąd się to bierze, że tak trudno mi czasem mówić i ruszać się, pustka... pustka dookoła, doktorze ratuj... ja taka nieszczęśli-

wa, czy jest nadzieja... Boże... Boże...". Chora znowu zaczęła płakać, nie odpowiadała na pytania.

Dnia 25.III. 36 r. zakończono kurację insulinową. Stan psychiczny po leczeniu uległ małej poprawie, która utrzymuje się dotąd.

S. A. Nr. hist. chor. 2141. (Tab. IV przyp. 6) lat 32, przybyła do Kliniki 15.X.35 r. Ojciec alkoholik, nie żyje. Brat starszy psychicznie chory. Pacjentka w dziecięctwie i później była zdrowa. W 22 roku życia wyszła zamąż, 4-ro dzieci zdrowych. Z usposobienia małomówna, nadmiernie wrażliwa, łatwo popadała w gniew. Pierwszy raz zachorowała psychicznie w tydzień po porodzie w 1933 r.; była smutna, płakała, przestała pracować, mówiła, że umrze, że nigdy się nie wyleczy, w nocy źle sypiała. Po 8 miesiącach wróciła do dawnego stanu zdrowia. Po porodzie w grudniu 1934 r. zachorowała ponownie: była niespokojna, nie sypiała, mówiła dużo i bez związku, biła otoczenie, uciekała z domu.

W Klinice niespokojna, kontaktu z otoczeniem nie nawiązuje, agresywna, podniecona ruchowo, na pytania nie odpowiada. Sypiała po narkotykach. Po miesiącu popadła wstan stuporu, nieprzyjmowała pokarmów, karmiona sondą.

Dnia 21.XI.35 r. rozpoczęto leczenie insuliną. Na początkowe dawki insuliny reagowała lekkiemi stanami niedocukrzenia, nie jadała, była karmiona. Po dużych dawkach insuliny zaczęła sama jadać, mówiąc, że jest bardzo głodna. Po śniadaniu ożywiła się, mówiła, że jest już dawno chora, że chorowała po porodzie, „wszystko mi było obojętne, nie chciałam jeść ani pić, tak leżałam i leżałam całe dnie, różne rzeczy widziałam, zdawało mi się, że mój mały synek Józio został porwany przez wojskowego i posadzony na miejsce Piłsudskiego, drugiego synka, zdawało mi się, że utopili sąsiedzi w rzece". Okresowo nawiązywała odtąd kontakt z otoczeniem, jadała sama, chętniej odpowiadała na pytania. Do pracy nie udało się jej nakłonić, „wypiszcie mnie do domu to będę robić, ja jestem zdrowa, jestem u was i tak długo, teraz jest już chyba marzec... wiosna... dawno ja chora... małe dzieci w domu... one same". Po pół roku stan psychiczny pogorszył się.

W materjale naszym, obejmującym 60 przypadków (łącznie z 19 przypadkami, przytoczonymi w poprzedniej pracy) a podzielonym na wyżej wyszczególnione grupy, rezultaty leczenia przedstawiają sią następująco:

Tabl. I. przedstawia 24 stare przypadki schizofrenji leczone insuliną, w których psychoza wystąpiła po raz pierwszy i trwa bez żadnej poprawy od 1 — 20 lat. Widoczne jest z niej, że tylko w jednym przypadku (Tab. I. przyp. 5.) chronicznie przebiegającej, $1^3/_4$ lat trwającej katatonji, doszło do znacznej poprawy, utrzymującej się już przeszło 2 lata. 23 przypadki nie wykazują żadnej istotnej poprawy, a 16 z nich przebywa dotychczas w zakładzie.

Tabl. II. przedstawia 10 starych przypadków, w których schizofrenia trwa od $1^1/_2$ do 5 lat. W przebiegu psychozy doszło jednak 1 — 6 razy do samoistnej poprawy stanu psychicznego. Na 10 tych przypadków uzyskaliśmy, zaraz po leczeniu insuliną, 2 razy znaczne poprawy (Tabl. II. przyp. 3 i 4). Jedna z tych znacznych popraw (przyp. 3) po 2 miesiącach cofnęła się, druga trwa już około 7 mie-

Tablica I.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Choruje lat	Leczenie insuliną trwało od — do	Liczba zastrzykn.	Dawki insuliny w jednostkach: Maksymalna	1 zapaść przy	Ogólna ilość insuliny	Liczba zapaści: Śpiączkow.	W tem drgawkow.	Liczba godzin niedocukrzenia	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: Zaraz.	W dniu wypisania z Kliniki	Wg ostatniej wiadomości	Waga ciała	U w a g i
1.	2114	P. L. ♂	17	1	5.11.35— 6. 2.36	21	128	56	1960	18	3	31½	+	12. 2.36 +*	15.5.36 0	+2 kg	+* trwało kilka tyg.
* 2.	1602	C. M. ♀	30	1 1/12	13.11.34—17.12.34	16	110	40	1100	10	7	21	0	—	pwz. 0	—	—
3.	2012	R. J. ♂	17	1 1/5	10. 9.35—10.12.35	39	270	200	6000	10	3	48	+	24. 6.36 +	—	+3 kg	24 3—[illegible]0.5.36 powtórzono lecz. ins.
4.	2007	S. T. ♀	35	1 1/6	10.10.35—19.11.35	18	80	35	900	15	—	26	0	—	pwz. 0	+3 kg	—
* 5.	1361	B. J. ♂	30	1 3/4	6. 4.34—16. 5.34	35	120	45	2387	13	—	40	+ +	20. 6.34 + +	1.7.36 + +	—	—
* 6.	1484	K. M. ♀	32	2	20. 2.35— 8. 4.35	27	156	128	2568	2	—	9	0	—	pwz. 0	—	—
* 7.	1212	F. M. ♂	19	2½	7. 4.34—10. 5.34	4	20	20	80	2	—	6	0	15. 3.36 0	—	—	—
* 8.	1601	B. F. ♀	19	3	22. 4.34— 2. 6.34	50	80	70	3142	14	9	40	0	25. 7.34 0	—	—	—
* 9.	1137	G. A. ♀	36	3	10. 4.34—27. 6.34	48	96	64	3722	14	14	30	0	—	pwz. 0	—	—
10.	1706	R. S. ♀	34	3½	3.11.35—12.12.35	17	70	30	878	15	—	21½	0	—	pwz. 0	+6 kg	—
*11.	1085	B. Z. ♂	33	4	1. 5.35—23. 6.34	24	200	56	2312	10	—	27	0	—	pwz. 0	—	—
12.	1836	K. Z. ♀	33	4	9. 9.35—17.10.35	24	160	108	2540	15	—	32	0	—	pwz. 0	+4 kg	—
*13.	1085	B. Z. ♂	33	4½	20. 3.35—16. 4.35	21	180	116	2044	13	—	24	0	—	pwz. 0	—	B. Z. przebył 2 razy insul. Nr. 11
*14.	1092	P. N. ♀	37	5	8. 3.34— 4. 5.34	52	48	48	2314	10	—	29	0	—	pwz. 0	—	—
*15.	454	M. L. ♀	30	5	4. 5.34—22. 6.34	28	144	112	2600	6	6	18	0	—	pwz. 0	—	—
*16.	520	Ł. A. ♀	31	6	13.11.34—17.11.34	16	90	40	1160	13	—	28	0	—	pwz. 0	—	—
*17.	1063	N. J. ♂	28	6	12. 4.34—19. 5.34	23	80	36	1130	12	7	19	0	20. 8.34 +	4.7.36 0	—	poprawa trwała kilka tygodni
*18.	1429	M. K. ♂	26	7	J2. 4.34—21. 6.34	42	200	30	3746	12	—	50	0	—	pwz. 0	—	—
*19.	1575	C. J. ♂	24	8	9. 4.34—22. 5.34	39	180	—	3093	—	—	26	0	8.11.34 0	—	—	—
20.	2168	P. J. ♂	30	8	30. 1.36— 2. 4.36	25	170	72	3870	15	1	34	0	—	pwz. 0	+7 kg	—
21.	2217	Sp. J. ♂	22	10	30. 1.36—30. 3.36	23	232	80	3050	15	—	22	0	—	pwz. 0	+3 kg	—
22.	2205	Sz. J. ♂	22	10	20. 1.36—24. 3.36	20	88	72	1560	16	5	26	0	—	pwz. 0	+5 kg	—
23.	1992	Fa.M. ♂	30	10	22.11.35—30. 1.36	39	392	174	8514	15	1	47	0	20. 4.36 0	—	+6 kg	—
24.	1422	J. J. ♂	47	20	4.10.35—26.11.35	19	80	55	1390	15	10	21½	0	—	pwz. 0	+6 kg	—

Objaśnienia: + + + = remisja; + + = znaczna poprawa; + = nieznaczna poprawa; 0 = bez zmian, względnie recydywa; pwz. = przebywa dotychczas w zakładzie; * = przypadek wzięty z pracy o „Metodyce leczenia schizofrenji insuliną". Rocz. Psych. 1935. XXV.

Tablica II.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Choruje lat	Samoistne poprawy przed leczeniem insuliną: były:	Samoistne poprawy przed leczeniem insuliną: trwały:	Ostatnie zaostrzenie trwa:	Leczenie insuliną trwało: od — do	Liczba zastrzyknięć	Dawki insuliny w jednostkach: Maksymalna	Dawki insuliny w jednostkach: 1 zapaść przy:	Dawki insuliny w jednostkach: Ogólna ilość insuliny	Liczba zapaści: Śpiączkowych	Liczba zapaści: w tem drgawk.:	Liczba godzin ciężkiego niedocukrzenia	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: Zaraz	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: W dniu wypisania z kliniki	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: W/g ostatniej wiadomości	Waga ciała
1.	2138	Ł. M. ♀	26	1½	1	6 miesięcy +	5 mies.	9. 1.36— 9. 3.36	24	220	108	3276	15	—	32	+	1. 5.36 0	—	+ 8 kg
*2.	1799	S. A. ♂	23	2	1	8 „ +	5 „	20. 2.35—16. 4.35	21	200	140	2108	1	—	25	+	19. 8.35 +	1. 7.36 0	—
3.	2029	N. W. ♀	26	3	1	2¼ lat. ++	10 „	9. 1.36—11. 3.36	28	320	300	5378	9	—	40	++	25. 3.36 ++	w maju 36+	+ 8 kg
4.	2099	S. J. ♂	24	3	2	kilk. mies ++ 6 tyg. +	1 „	13. 9.35— 3.11.35	26	135	135	2430	14	3	39	++	9.11.35 ++	9. 6.36++	+10 „
5.	1761	D. S. ♀	23	3	1	kilk. mies. +	8 „	21.11.35—29. 2.36	31	240	108	4000	15	—	42	0	—	pwz. 0	+ 1 kg
6.	1412	B. J. ♀	27	4	6	kilk. tyg. do kilku mies. + do ++	2 „	9. 9.35—25.10.35	26	180	120	2908	15	—	32	+	31.10.35 +	10.11.35 0	+ 7 „
7.	1488	Sy.A. ♀	35	4	3	po kilku mies. +	5 „	10.10.35—19.11.35	18	60	30	808	15	—	32	+	29.11.35 +	16. 6.36 0	+ 4 kg
8.	2197	G. A. ♂	27	5	5	3½ lat +	4 „	28. 1.36—22. 3.36	21	70	66	1250	18	2	30	0	—	pwz. 0	+ 6 „
9.	1433	Ma.J. ♀	22	5	1	9 mies. ++	4 lat.	8.10.35—12.12.35	29	170	140	3260	14	—	24	0	—	pwz. 0	+ 7 „
10.	1430	M. J. ♂	19	5	częste	3 do 9 mies. + do ++	4 mies.	11. 1.36—30. 3.36	29	144	100	3265	19	4	32	+	1. 4.36 +	6. 7.36++	+10 „

Objaśnienia: +++ = remisja
++ = znaczna poprawa
+ = nieznaczna poprawa
0 = bez zmian, względnie recydywa
pwz. = przebywa dotychczas w zakładzie
* = przypadek wzięty z pracy o „Metodyce leczenia schizofrenji insuliną". Roczn. Psych. 1935 XXV.

sięcy (przyp. 4). Jedna znaczna poprawa wystąpiła w kilka tygodni po opuszczeniu Kliniki przez chorego i utrzymuje się już około 3 miesięcy. (przyp. 10).

Zaznaczyć należy, że we wszystkich poprawionych przypadkach, stopień poprawy nie przekracza natężenia popraw samoistnych, ani też na razie przynajmniej, czasu ich trwania. W jednym zaś przypadku znaczna poprawa po leczeniu insuliną trwała krócej, niż poprzednia poprawa samoistna (Tab. II. p. 3).

Tabl. III i IV przedstawiają 26 przypadków świeżych, leczonych insuliną. Tab. III. zawiera 20 przypadków, w których psychoza wystąpiła po raz pierwszy. Tab. IV. dotyczy 6 przypadków, w których schizofrenia ujawniła się po raz drugi lub trzeci. Na 26 tych przypadków uzyskaliśmy zaraz lub w kilka tygodni po leczeniu insuliną 6 remisji (Tab. III. przyp. 1, 3, 4, 11 i 13, Tab IV. przyp. 1) oraz 4 znaczne poprawy (Tab. III. przyp. 5,8 i 14, Tab. IV. przyp. 2). 16 przypadków pozostało bez większych zmian.

Trwałość jednak tych dodatnich wyników okazała się bardzo nieznaczna. Jak wykazał wywiad o stanie psychicznym wypisanych pacjentów, przeprowadzony około $^1/_2$ roku po leczeniu, tylko 1 remisja utrzymuje się dotychczas (Tab. III. przyp. 1). Jedna remisja przeszła w znaczną poprawę (Tab. III. przyp. 4), w pozostałych przypadkach remisji doszło do recydywy (Tab. III. p. 3, 11, 13, Tab. IV. p. 1). Z 4 znacznych popraw 2 utrzymują się już przeszło $^1/_2$ roku (Tab. III. p. 5. Tab. IV. p. 2), jedna znaczna poprawa cofnęła się (Tab. III. p. 14), jedna zaś poprawa przeszła w remisję (Tab. III. p. 8). W jednym przypadku, wypisanym bez poprawy (Tab. III. p. 10) doszło, według wiadomości z gminy, do remisji. (W przypadku tym przerwano leczenie insuliną wskutek wystąpienia hektycznych gorączek i ukazania się laseczników *Kocha* w plwocinie).

Należy podkreślić, że na 9 przypadków, leczonych insuliną, które w chwili wypisywania się z kliniki, wykazywały remisje lub znaczne poprawy, 5 przebiegało w sposób ostry (Tab. III. p. 1, 4, 11, Tab. IV. p. 1 i 2).

Przy procentowym zatem obliczeniu osiągniętych wyników dodatnich po leczeniu insuliną — jeśli posłużymy się wynikami notowanymi w dniu wypisania odnośnych chorych z kliniki — okazuje się, że w 26 przypadkach świeżych leczonych insuliną, procent uzyskanych remisji i znacznych popraw wynosił około 35%.

W 34 zaś starych przypadkach uzyskano tylko 3 znaczne poprawy (ani jednej remisji) — co stanowi zaledwie 9%. Jeśli się zważy, że 2 z tych znacznych popraw dotyczyły przypadków,

Tablica III.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Choruje miesięcy	Leczenie insuliną trwało od — do	Liczba zastrzyknięć	Dawki insuliny w jednostkach: Maksymalna	Dawki insuliny w jednostkach: 1 zapaść przy:	Dawki insuliny w jednostkach: Ogólna ilość insuliny	Liczba zapaści: śpiączkow.	Liczba zapaści: W tem drgawk.	Liczba godzin niedocukrzenia	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: Zaraz	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: W dniu wypisania z kliniki	Stan psychiczny po leczeniu insuliną: Wg ostatniej wiadomości	Waga ciała	Uwagi
1.	2129	S. M. ♀	20	1/2	8.10.35— 9.12.35	26	250	—	3360	—	—	41 1/2	+++	17.12.35 +++	2.7.36 +++	+7 kg	—
2.	2207	S. J. ♀	23	1/2	16. 1.36—15. 3.36	26	200	180	3510	15	—	28	0	— —	pwz. 0	+1 „	—
3.	2192	S. K. ♂	24	2	6. 2.36—17. 4.36	27	312	216	4740	12	5	26 1/2	++	14. 5.36 +++	4.7.36 0	+2 „	—
4.	2095	K. R. ♂	20	2	2.10.35— 3.11.35	16	135	75	1490	10	4	23	0	24. 4.36 +++	1.7.36 ++	+6 „	—
5.	2190	P. J. ♀	25	2	16. 1.36— 5. 3.36	22	140	120	3038	15	—	30	++	9. 3.36 ++	1.7.36 ++		—
6.	2175	G. J. ♂	29	2 1/2	9. 1.36— 6. 3.36	21	140	100	2200	15	2	23	0	— —	pwz. 0	+5 „	Stup. przerwał się na krótko
7.	2103	B. J. ♀	25	4	9. 9.35—17.10.35	23	150	120	2260	14	14	27	0	28.10.35 0	3.7.36 0	+2 „	—
8.	2181	R. A. ♂	25	4	30. 1.36—21. 3.36	20	128	82	2012	15	2	22	++	6. 4.36 ++	3.7.36 +++	+8 „	—
9.	2202	B. S. ♂	27	4	30. 1.36—21. 3.36	20	104	70	1780	16	2	26	0	2. 7.36 0	— —	+8 „	—
10.	2069	D. F. ♂	20	4	3.10.35— 7.10.35	4	60	60	175	2	—	4	0	10.12.35 0	6.7.36 +++	—1 „	—
11.	2030	M.W. ♂	22	5	10.11.35— 4. 2.36	21	124	68	1812	15	—	27	+	15. 4.36 +++	3.7.36 0	+10 „	—
12.	2031	S. S. ♀	48	5	5.11.35—12.12.35	16	60	35	840	15	—	22	0	2. 3.36 +	2.7.36 0		—
13.	1965	K. F. ♀	31	5	8. 9.35—17.10.35	24	160	120	2480	15	15	32	+++	27.10.35 +++	1.7.36 0	+6 „	—
14.	2112	A. S. ♂	27	6	26. 9.35— 6.12.35	25	170	100	3070	15	—	37	++	10.12.35 ++	25.6.36 +	—1 „	—
15.	2017	K. S. ♀	28	8	3.10.35—16. 1.36	16	140	72	1400	1	—	21	+	2. 2.36 +	9.6.36 +	+3 „	—
*16.	1829	J. H. ♀	34	8	12. 5.34—30. 6.34	23	112	64	1546	9	—	18	0	25. 7.34 0	— —	—	W kilka tyg.+ potem 0
*17.	1661	C. D. ♂	23	8	5. 6.34— 2. 7.34	17	180	80	1770	9	—	20	0	19. 7.34 0	— —	—	—
18.	2176	M. K. ♂	28	8	30. 1.36—30. 3.36	23	168	108	2820	15	—	26	0	— —	pwz. 0	+5 „	—
19.	2187	K. K. ♀	33	8	16. 1.36—13. 3.36	23	200	140	3090	13	—	27 1/2	0	— —	pwz. 0	—	—
*20.	2179	G. J. ♂	23	9	20. 2.34— 8. 4.34	19	132	92	1804	10	10	22	+	11. 4.34 +	— —	—	Po kilku mies. 0 powtórzono lecz.

Objaśnienia: +++ = remisja; ++ = znaczna poprawa; + = mała poprawa; 0 = bez zmian, względnie recydywa; pwz. = przebywa dotychczas w zakładzie; * = przypadek wzięty z pracy o „Metodzie leczenia schizofrenji insuliną". Roczn. Psych. 1935 XXV.

Tablica IV.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Choruje po raz:	Poprzednie psychozy: przed laty	Poprzednie psychozy: trwały	Obecnie choruje miesięcy.	Leczenie insuliną trwało od — do	Liczba zastrzyknięć	Dawki insuliny w jednostkach: Maksymalna	Dawki insuliny w jednostkach: 1 zapaść przy	Dawki insuliny w jednostkach: Ogólna ilość insuliny	Liczba zapaści: Śpiączkowych	Liczba zapaści: w tem drgawkowych	Liczba godzin niedocukrz.	Stan psychiczny po leczeniu: Zaraz	Stan psychiczny po leczeniu: W dniu wypisania z kliniki	Stan psychiczny po leczeniu: W/g ostatniej wiadomości	Waga ciała	Uwagi
1.	2109	S. H. ♂	29	2	3	3 mies.	4	8. 1.36 — 6. 2.36	13	128	120	1160	5	—	16	+++	13.2.36 +++	2.7.36 0	+ 5 kg.	
2.	2000	Ż. S. ♂	38	3	9 i 4	kilk. tyg. i kilk. mies.	5	12. 9.35 — 19.11.35	30	200	135	3610	13	—	40	0	17.12.36 0	15.6.36 ++	—3 „	++ od stycznia 1936
3.	1536	W. G. ♀	19	2	2¹/₁	3 mies.	6	10. 9.35 — 28.10.35	26	220	90	2910	15	1	21	0	4. 4.36 0	2.7.36 0	+3 „	
*4.	1635	W. H. ♀	33	3	13 i 12	4 mies. i 1 rok	6	28. 4.34 — 28. 6.34	42	64	48	2308	15	12	30	0	— —	pwz. 0	—	
5.	2166	G. D. ♀	26	2	2	7 mies.	10	9. 1.36 — 25. 3.36	27	340	340	6910	10	—	37	+	22. 4.36 +	4.7.36 +	—	
6.	2141	S. A. ♀	32	2	2	8 mies.	11	24.11.35 — 27.12.35	29	300	300	4238	14	—	36	+	— —	pwz. 0	+9 kg.	

Objaśnienia:
+++ = remisja
++ = znaczna poprawa
+ = nieznaczna poprawa
0 = bez zmian, względnie recydywa
pwz. = przebywa dotychczas w zakładzie
* = przypadek wzięty z pracy o „Metodyce leczenia insuliną" Roczn. Psych. 1935 XXV.

w których już przed leczeniem insuliną, doszło 1 — 2 razy do samoistnej poprawy (Tab. II. przyp. 3 i 4) — to dojść musimy do wniosku, że działanie insuliny w starych przypadkach uważać należy za bezskuteczne — wbrew twierdzeniu *Sakla*, który w starych przypadkach po leczeniu insuliną podaje 47,8% remisji z powrotem zdolności do pracy zawodowej, z tego 19% remisji pełnych.

Bardzo znaczna większość wszystkich świeżych przypadków, leczonych insuliną, należała do grupy katatonji, tak, że nie rozporządzamy na razie dostatecznym materjałem, by stwierdzić ewentualną podatność na leczenie insuliną poszczególnych form schizofrenji. Zaznaczyć tylko możemy, że 2 przypadki z urojeniami fantastycznymi (przy absolutnym braku urojeń ksobnoprześladowczych — Tab. I. przyp. 23 i 24) oraz 2 hebefrenje (Tab. I. przyp. 21 i 22) nie zmieniły się zupełnie pod wpływem leczenia insulinowego.

Uzyskanie znacznej liczby wyników dodatnich w przypadkach świeżych oraz wielka nietrwałość tych wyników, nasuwa zagadnienie, jaki jest stosunek remisji i znacznych popraw przypadków leczonych insuliną, do przypadków nieleczonych. Jeżeliby leczenie insuliną dawało korzystny, choćby krótkotrwały efekt leczniczy, to wówczas liczba remisji i znacznych popraw, musiałaby być w przypadkach nieleczonych mniejsza niż w przypadkach leczonych.

Aby to zagadnienie rozwiązać, przytaczamy dane o 102 chorych, cierpiących na schizofrenję, nieleczonych insuliną, którzy wstępowali do Kliniki od 24. IX. 1932 do 7. XI. 1933. Wzięto pod uwagę wszystkie przypadki z wyjątkiem 12, w których nie udało się ustalić czasu trwania choroby (repatrjanci, włóczędzy) oraz 10 przypadków, które później poddane zostały leczeniu insuliną.

Ze względu na to, że przytoczenie choćby najkrótszych historji chorób tych nieleczonych insuliną przypadków, zajęłoby zbyt sporo miejsca, podajemy je sumarycznie na załączonych tablicach (V — VIII) z oznaczeniem każdego przypadku liczbą historji choroby. W tablicach tych dokonaliśmy podziału na takie same grupy, jak w przypadkach leczonych insuliną.

Ponieważ stoimy na stanowisku, że stosowanie terapji gorączkowej (malarji, nukleinianu sodowego i t. p.) jest w schizofrenji bezskuteczne, uważamy wszystkie te 102 przypadki za nieleczone, a występujące tam remisje i znaczne poprawy za samoistne.

Przypadków świeżych grupy 1-szej, a więc takich, gdzie schizofrenia wystąpiła po raz pierwszy i nie trwała roku — mamy 55 (Tab. VII). W grupie drugiej, w której psychoza wystąpiła po raz drugi, trzeci lub czwarty, albo dawała w przebiegu swym samoistne

poprawy — mamy: 17 przypadków świeżych (Tab. VIII) i 12 starych (Tab. VI). W grupie trzeciej, obejmującej schizofrenie stare, przebiegające od przeszło roku bez poprawy — mamy 18 (Tab. V).

Porównywamy stany remisji i popraw chorych, leczonych i nieleczonych insuliną, w chwili wypisywania się ich z kliniki. Na ten czas przypada, zresztą — jak widoczne jest z tablic — maximum natężenia dodatnich wyników po leczeniu insuliną.

W 18 starych przypadkach grupy 3-ciej, nieleczonych insuliną (Tab. V), nie obserwowaliśmy ani jednej remisji lub poprawy. W porównaniu więc z Tab. I-szą, gdzie zestawione są analogiczne przypadki, leczone insuliną, nie obserwujemy wybitniejszych różnic. Na 24 bowiem starych leczonych insuliną przypadków, jeden tylko wykazał znaczną, a trzy nieznaczną poprawę (z tych 2 trwały zaledwie parę tygodni).

Tablica V.

Chorzy nieleczeni insuliną.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N. Wiek i płeć	Choruje lat	W Klinice od — do	Stan psychiczny w dniu wypisania z Kliniki
1.	1393	M. E. 30♀	1	7.12.32— 9. 8.34	0
2.	1474	W. A. 22♂	1	7. 4.33—21. 5.33	0
3.	1592	M. W. 20♂	1	25.10.33— pwz.	0
4.	1520	B. W. 26♂	więcej niż 1	28. 6.33— 6. 7.34	0
5.	1525	K. A. 41♀	„ „ 1	6. 7.33—25. 8.33	
				5. 5.36—22. 5.36	0
6.	1403	J. K. 33♂	2	15.12.32— 8. 9.33	0
7.	1390	G. H. 45♀	2	28.11.32— 5.12.32	0
8.	1585	W. J. 23♀	2	14.10.33— 3. 8.34	0
9.	1521	K. K. 36♂	2	29. 6.33—15. 7.35	0
10.	1372	S. W. 31♂	2	15.10.32— 5. 7.33	0
11.	1363	O. J. 30♂	3	7.10.32— 7.11.32	0
12.	1400	K. A. 25♂	3	11.12.32— 5. 7.33	0
13.	1559	S. Z. 16♀	4	1. 9.33—25. 1.34	0
14.	1366	U. M. 24♀	5	8.10.32—25.10.33	0
15.	1480	B. J. 50♂	5	20. 4.33—24. 6.33	0
16.	1460	B. M. 43♀	7	18. 3.33—15. 7.33	0
17.	1573	B. A. 30♂	11	20. 9.34—23.10.34	0
18.	1374	M. W. 35♂	2	21.10.32—12. 1.34	0 chory zmarł w zakładzie

Na 12 przypadków grupy 2-giej (Tab VI) nieleczonych insuliną, gdzie schizofrenia trwała $1^3/_4$ — 11 lat, a w przebiegu psychozy

dochodziło do jednej lub więcej popraw — 4 chorych opuściło zakład w stanie znacznej poprawy. (O jednym z tych chorych wiemy, że poprawa ta utrzymywała się tylko przez kilka wiesięcy). Widzimy więc, że w porównaniu z podobnymi przypadkami, leczonymi insuliną (Tab. II), doszło nawet w większej liczbie przypadków, nieleczonych insuliną, do znacznych popraw, niż w przypadkach nią leczonych. Porównanie więc tych wyników, również potwierdza nasze zapatrywanie, że insulina w starych przypadkach schizofrenji jest bezskuteczna.

Tablica VI.

Chorzy nieleczeni insuliną.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N. wiek i płeć	Choruje lat	Samoistne poprawy		W klinice od — do	Stan psychiczny w dniu wypisania z Kliniki	Uwagi
				były	trwały			
1.	1392	Z. E. 18♀	1	1	1 rok + +	6.12.32—20. 6.33	+ +	
2.	1453	F. M. 28♂	$2^{1}/_{4}$	1	2 lata + +	12. 3.33—24. 7.33	0	
3.	1471	G. T. 42♀	3	2	2 lata + +	3. 4.33—20.11.33	+ +	
4.	1566	B. F. 23♂	$3^{1}/_{2}$	kilk. razy	11 mies. + + po kilka m. + — + +	12. 9.33—13.11.33	+ +	
5.	1461	G. E. 25♂	4	1	2 mies. +	30. 3.33— pwz.	0	
6.	1391	M. J. 26♂	4	1	$1^{1}/_{2}$ l. + - + +	9.12.32— pwz.	0	
7.	1515	Ż. W. 39♂	6	1	$5^{1}/_{2}$ lat + +	22. 6.33— 5. 8.33	0	Chorował już przed 15 laty?
8.	1499	Z. J. 30♂	3	kilk. razy	kilka mies. + — + +	23. 5.33— 6. 4.33	+ +	Obecnie przebywa pac. po raz 4 w zakładzie.
9.	1560	G. L. 23♀	6	1	4 lata + +	3. 9.33—21.11.33	0	
10.	1450	S. E. 50♂	6	kilk. razy	kilk. lat — kilk. mies. — + + — +	18.12.32—29. 5.33	+	Obecnie po raz 7-y w Klinice.
11.	1548	M. E. 21♂	7	2	4 lata + + 16 mies. +	18. 8.33—16.11.33	+	
12.	1414	W. M. 30♂	11	1	kilka mies. +	29.12.32—30. 6.33	0	

Z 72 przypadków świeżych, a mianowicie 55 przypadków, gdzie schizofrenia nie trwała roku (Tab. VII) i 17 przypadków, gdzie psychoza wystąpiła najmniej po raz drugi, a ostatni nawrót nie trwa roku (Tab. VIII) wystąpiło z chwilą wypisywania się chorych z Kliniki: 12 remisji i 14 znacznych popraw. U 26 analogicznych chorych, leczonych insuliną (Tab. III i IV), było w chwili wypisywania się ich z kliniki: 6 remisji i 3 znaczne poprawy. Widocznem jest stąd,

Tablica VII.

Chorzy nieleczeni insuliną.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N. wiek i płeć	Choruje od:	W klinice od — do	Stan psychiczny w dniu wypisania z Kliniki	Uwagi
1.	1475	K. A. 45♀	2 dni	18. 3.33 — 21. 4.33	+++	
2.	1423	L. C. 22♀	2 „	12. 1.33 — 29. 7.33	0	
3.	1365	S. L. 26♀	3 „	7.10.32 — 25. 1.33	++	
4.	1541	G. A. 26♂	7 „	1. 8.33 — 2. 2.34	+++	
5.	1540	U. S. 22♀	7 „	1. 8.33 — 9.12.33	0	
6.	1563	K. B. 28♀	7 „	6. 9.33 — 30. 9.33	++	
7.	1591	G. R. 17♀	7 „	19.10.33 — 15. 1.34	0	
8.	1385	H. M. 26♂	7 „	17.11.32 — 18.12.32	+++	
9.	1376	S. Z. 27♀	7 „	25.10.32 — 17.11.32	+++	
10.	1579	R. M. 32♀	7 „	30. 9.32 pwz.	0	
11.	1497	B. J. 19♂	7 „	16. 5.33 — 13.11.33	++	
12.	1487	S. Z. 31♀	7 „	8. 5.33 — 30. 6.33	0	
13.	1418	G. H. 26♀	8 „	2. 1.33 — 28. 2.33	0	
14.	1543	K. R. 23♀	8 „	7. 8.33 — 20.11.33	0	
15.	1402	H. F. 18♂	8 „	12.12.32 — 7. 4.33	+	
16.	1435	W. J. 22♀	10 „	3. 2.33 — 4. 3.33	0	
17.	1531	L. C. 19♂	10 „	12. 7.34 — 8. 1.35	++	++ trwało kilk. mies. poczem pogorsz. i znowu +
18.	1427	B. M. 35♀	14 „	18. 1.34 — 4. 2.34	+	
19.	1440	S. H. 25♀	14 „	15. 3.33 — 5. 5.33	0	
20.	1514	A. A. 21♂	14 „	19. 6.33 — 6. 7.33	0	zmarł na phleg. colli w klinice
21.	1451	H. K. 26♂	14 „	10. 3.33 — 28. 8.33	++	
22.	1468	A. K. 36♂	14 „	27. 3.33 — 6.10.33	++	
23.	1475	H. S. 28♂	14 „	11. 4.33 — 12. 5.33	0	
24.	1491 1522	S. M. 16♂	14 „	15. 5.33 — 29. 5.33	0	
25.	1512	I. S. 30♂	14 „	17. 6.33 — 3. 7.33	++	
26.	1588	B. F. 22♀	14 „	17.10.33 — 16.11.33	++	
27.	1535	S. H. 26♂	21 „	21. 8.33 — 22. 5.34	0	
28.	1576	N. L. 25♂	1 mies.	27.10.33 — 16.11.33	0	
29.	1496	G. I. 21♂	1 „	15. 5.33 — 17.12.35	0	zmarł na zapal. płuc.
30.	1440	S. J. 24♀	1 „	2. 3.33 — 9. 8.33	0	
31.	1358	R. J. 34♂	1 „	24. 9.32 — 2.11.32	+++	2.12.32 zdrów
32.	1386	R. K. 32♀	1 „	17.11.32 — 16. 2.33	0	
33.	1564	S. M. 41♀	1¼ „	10. 9.33 — 23.10.33	++	
34.	1542	C. F. 27♀	2 „	2. 8.33 — 11. 8.33	0	
35.	1509	Z. J. 39♂	2 „	14.12.33 pwz.	0	
36.	1407	B. B. 19♀	2 „	20.12.32 — 16. 2.33	+	

L. p.	Nr. historji choroby	N. N. wiek i płeć	Choruje od:	W klinice od — do	Stan psychiczny w dniu wypisania z Kliniki	Uwagi
37.	1395	P. K. 24♀	2 mies.	8.12.32 — 31. 1.33	+++	
38.	1550	K. M. 20♀	2 „	18. 8.33 — 16. 1.34	+++	
39.	1424	O. L. 18♀	2 „	13. 1.33 — 25. 4.33	0	
40.	1469	S. I. 26♂	2 „	30. 3.33 — 22. 6.33	0	
41.	1547	E. M. 28♂	kilk. tyg.	17. 8.33 — 31.11.33 5.11.33 — 20. 1.34	+++	
42.	1543	R. W. 26♀	3 mies.	18. 7.33 — 1. 9.33	0	
43.	1519	S. W. 47♂	4 „	27. 6.33 — 31.10.33 18. 9.34 — 23.10.34	0	
44.	1567	M. S. 26♂	4 „	15. 9.33 pwz.	0	
45.	1600	P. C. 26♂	4 „	7.11.33 pwz.	0	
46.	1381	C. W. 20♂	6 „	11.11.32 — 31. 3.33	0	
47.	1383	K. I. 25♀	6 „	17.11.32 — 10. 1.33	+	
48.	1399	L. H. 30♀	6 „	9.12.32 — 11. 3.33	++	
49.	1438	F. C. 42♂	4½ „	11. 2.33 — 12.12.33	0	
50.	1433	S. J. 25♂	6 „	31. 1.33 — 16. 4.33	++	
51.	1409	M. A. 35♀	6 „	22.12.32 — 6. 2.33	+	
52.	1396	G. W. 47♀	3 „	12. 4.32 pwz.	0	
53.	1578	S. M. 47♀	11 „	26. 6.33 — 31. 7.33	0	
54.	1389	S. K. 21♂	11 „	28.11.32 — 20. 3.33	+++	
55.	1394	K. D. 47♂	11 „	7.12.32 — 9. 8.34	0	

że liczba remisji w przypadkach nieleczonych jest mniejsza, liczba zaś popraw nieco większa w porównaniu z przypadkami leczonymi.

Dodać wreszcie należy, że na 26 remisji i znacznych popraw, które samoistnie wystąpiły w naszych nieleczonych przypadkach, u 13 chorych psychoza miała charakter zdecydowanie ostry.

Na 26 remisji i znacznych popraw przypadków nieleczonych, przypada 13 na mężczyzn i tyleż na kobiety. Na 9 zaś remisji i znacznych popraw w przypadkach leczonych — 3 z nich przypada na kobiety a 6 na mężczyzn. Liczba jednakże leczonych insuliną kobiet i mężczyzn jest równa. Liczba zaś kobiet nieleczonych wynosi 41, natomiast mężczyzn 31. Tak więc liczba popraw jest — zarówno w przypadkach leczonych jak i nieleczonych — stosunkowo większa u mężczyzn aniżeli u kobiet.

Jeżeliby przyjąć, że liczba remisji i znacznych popraw, jaką uzyskaliśmy na 102 przypadki, nieleczone insuliną, jest normą — to wówczas można obliczyć, ile remisji i znacznych popraw winno wystąpić i w przypadkach leczonych insuliną, nawet wtedy, gdyby insulina nie miała działać leczniczo.

Tablica VIII.

Chorzy nieleczeni insuliną.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N. wiek i płeć	Choruje po raz:	Poprzednia psychoza przed:	Poprzednia psychoza trwała:	Obecnie choruje	W Klinice od — do	Stan psychiczny w dniu wypisania z Kliniki	U w a g i:
1.	1580	H. W. 36 ♀	2	18 laty	kilk. tyg.	10 dni	19. 6.33— 6. 7.33	+++	Remisja trw. przeszło 2 lata 11.12.35 przyb. znowu do zakł. gdzie zmarła 22.12.35.
2.	1551	S. K. 30 ♀	2	10 miesięcy	3 mies.	7 „	18. 8.33—18. 1.34	+++	
3.	1483	H. H. 23 ♀	2	2 laty	kilk. tyg.	7 „	26. 4.33—19. 6.33	+++	
4.	1421	S. H. 42 ♀	4	30,22 16 laty	po kilk. mies.	7 „	10. 1.33—26. 1.33	+	
5.	1529	B. M. 27 ♂	2	3 laty	2 mies.	2 tyg.	25. 6.33— 3. 7.33	++	++ trwało kilk. mies., poczem +.
	1517						8. 7.33—28. 7.33		
6.	1533	M. W. 27 ♂	2	6 laty	kilk. mies.	2 tyg.	18. 7.33— pwz.	0	
7.	1368	B. D. 34 ♀	2	8 mies.	5 mies.	3 „	12.10.32— 6. 2.33	0	
8.	1596	K. L. 28 ♂	2	11 laty	1 „	1 mies.	28. 8.33— pwz.	0	
9.	1479	N. A. 37 ♂	2	4 „	5 „	2 „	20. 4.33—30. 6.33	++	
10.	1582	T. L. 22 ♀	3	6,4 „	2,4 „	2 „	27. 9.33—16.11.33	++	
11.	1568	Z. J. 31 ♀	2	9 „	kilk. tyg.	2 tyg.	16. 9.33—23.10.33	0	
12.	1556	G. W. 34 ♀	3	20 „	4 mies. ?	2 mies.	27. 8.33—29.10.33	0	
13.	1447	Ż. N. 22 ♀	2	1½ „	2 mies.	3 „	3. 3.33—15. 4.33	0	
14.	1477	B. B. 22 ♀	2	5 „	1 rok	3 „	12. 4.33— pwz.	0	
15.	1439	S. T. 35 ♀	2	15 „	kilk. mies.	4 „	15. 2.33— 9. 3.33	0	
16.	1426	M. O. 20 ♂	2	4 „	5 mies.	5 „	16. 1.33—16. 6.33	0	
17.	1587	M. C. 24 ♀	2	18 „	6 „	11 „	16.10.33—16.12.33	0	Do obecnej chwili 0.

Poniżej zestawiamy liczbę remisji i znacznych popraw, obliczoną w ten sposób i obserwowaną w rzeczywistości po leczeniu insuliną.

Przypadki leczone insuliną	Ilośc	Gdyby insulina nie działała leczniczo winno być:			Po leczeniu insuliną było (w dniu wypisania z kliniki)		
		Remisji	Znacz- nych po- praw	Razem	Remisji	Znacz- nych po- praw	Razem
Przypadki świeże (schiz. trwa mniej niż rok, bez poprawy)	26	4.3	5	9.3	6	3	9
Przypadki stare (schiz. trwa więcej niż rok, bez poprawy	24	0	0	0	0	1	1
Przypadki stare (schiz. trwa więcej niż rok. dawała poprawy	10	0	3.3	3.3	0	2	2

Z tabelki tej jest widoczne, że liczba remisji i znacznych popraw (razem wziętych) jest, w świeżych przypadkach tak u leczonych insuliną jak i nieleczonych, prawie jednakowa. Jeżeli jednak uwzględnimy osobno remisje i znaczne poprawy — chociaż, jak nadmieniliśmy, odróżnienie jednych od drugich jest nieraz subjektywne — to okazuje się, że przypadki leczone insuliną wykazują większą ilość remisji na niekorzyść znacznych popraw, przypadki zaś nieleczone więcej popraw na niekorzyść remisji. Ten więc fakt, że w przypadkach świeżych po leczeniu insuliną otrzymaliśmy większą liczbę remisji, niż wynosiłaby ona, gdyby insuliny nie zastosowano — zasługuje na szczególne podkreślenie.

Podnieść jednak musimy, że ocena remisji i znacznych popraw u chorych nieleczonych, w dniu wypisania, odbywała się tylko na podstawie dawnych historji chorób, podczas gdy chorzy leczeni oceniani byli na podstawie obserwacji w ostatnich miesiącach.

Prawie wszyscy chorzy leczeni insuliną, poprawiali się fizycznie i jak widocznem jest z tablic (I — IV) chorzy, których stan psychiczny po leczeniu uległ remisji względnie znacznej poprawie, wykazują także najczęściej duży przybytek na wadze. Z drugiej jednak strony nierzadko, mimo znacznego przyrostu wagi, nie było żadnej poprawy lub była ona tylko nieznaczną. Stąd uważamy, że przybywanie chorych na wadze w czasie leczenia insulinowego nie pozwala na wysnucie wniosku co do wyniku tego leczenia.

Z przeciwskazań somatycznych podać należy, że tylko w 2 przypadkach uważaliśmy za wskazane przerwanie leczenia insuliną. W pierwszym z nich (przyp. 10. Tab. III) chory, który klinicznie nie wykazywał żadnych zmian płucnych, zaczął miewać po 4 zastrzyknięciach insuliny stany podgorączkowe i odpluwać plwocinę, w której stwierdzono obecność prątków Kocha. Po przerwaniu leczenia chory dłuższy czas gorączkował, poczem po kilku tygodniach został zabrany z kliniki. Według informacji z gminy pacjent w domu wyzdrowiał psychicznie, ma jednak w dalszym ciągu niedomagania ze strony płuc.

W drugim przypadku (przyp. 4. Tab. III) przy 7-mej i dalszych zapaściach, oprócz niedowładu lewego n. twarzowego, zaczęły występować zbaczanie i skręcanie języka w prawo, zwrot gałek ocznych ku górze, oczopląs poziomy w prawo oraz drżenie kciuków o charakterze pozapiramidowym, przy kurczach tonicznych kończyn, szczególnie po stronie prawej. Wszystkie te objawy po dożylnym wlaniu 40% glukozy natychmiast ustąpiły. Uważając objawy te (które powtórzyły się 4-krotnie) za groźne dla życia chorego, przerwaliśmy dalsze leczenie.

Poza tymi dwoma przypadkami nie mieliśmy żadnych poważniejszych powikłań, któreby dawały przeciwskazania do leczenia insuliną.

Musimy zaznaczyć, że insulina niewątpliwie wpływa niejednokrotnie na uspokojenie się pacjenta, oraz, że nieraz przerywa na kilka godzin stany stuporu, podobnie zresztą a nawet częstokroć lepiej, niż to czynią inne wstrząsorodne czynniki.

Na razie więc terapia insulinowa znajduje się w okresie prób i dopiero zastosowanie jej na znacznie większym materjale chorych, może pozwolić na wysnucie ostatecznych wniosków o jej wartości leczniczej w świeżych przypadkach schizofrenji — w starych bowiem jest, naszem zdaniem, bezskuteczna.

Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Wilnie
(Dyrektor Prof. Dr. *Maksymiljan Rose*)

DALSZE SPOSTRZEŻENIA PRZY LECZENIU SCHIZOFRENJI DUŻEMI DAWKAMI INSULINY

podali

JERZY BORYSOWICZ I MICHAŁ MARZYŃSKI

Próby leczenia zostały przeprowadzone w 31 przypadkach schizofrenji u mężczyzn. W liczbie tej mieści się 17 przypadków chronicznych, do których zaliczamy 12 przypadków bez remisji (tabl. I) i 5 przypadków, w których cierpienie ulegało samoistnym remisjom (tabl. III) oraz 14 przypadków świeżych (tabl. II).

Podział na przypadki chroniczne i świeże, klasyfikacja na postacie schizofrenji oraz oznaczenie stopnia poprawy, zostały przeprowadzone na zasadach uwzględnionych w pracy naszej kliniki. [1])

Insulinę stosowano według zmienionej metody *Sakla* opracowanej przez naszą klinikę. [2])

Historję chorób oraz przebieg leczenia podajemy w streszczeniu.

M. K. Nr. hist. chor. 1429. lat 25, przebywa w Klinice od roku 1933. Choruje bez remisji od roku 1927. Miewa omamy wzrokowe, słuchowe, dziwaczny, zmanierowany, okresami agresywny.

Od 12.IV.34 do 16.V.34 r. przeszedł kurację insulinową, bez wpływu na stan psychiczny (Patrz rocznik Psychjatryczny 1935 r. Metodyka leczenia schizofrenji insuliną).

Od 10.II. do 25.IV. 36 r. stosowano ponownie leczenie insuliną. Dawka początkowa 32 jedn. Najwyższa 368 jedn. Pierwsza zapaść przy 208 jedn. Ogólna ilość zastrzyków 28. Ogólna ilość zużytej insuliny 5858 jedn. Zapaści 14, w tem jedna z drgawkami, godzin niedocukrzenia 28. Na wadze przybyło $4^1/_2$ klg.

---

[1]) J. Borysowicz, J. Paradowski, J. Rose, S. Witek, W. Zalewski. Leczenie schizofrenji insuliną. Niniejszy zeszyt Rocznika Psych.

[2]) L. Baranowski, J. Borysowicz, M. Marzyński, A. Ossendowski, J. Paradowski. S. Witek. Metodyka leczenia schizofrenji insuliną. Rocznik Psychjatryczny 1935 r. XXV.

W czasie leczenia i po ukończeniu stosowania insuliny stan psychiczny chorego pozostaje bez zmian. (Tabl. I przyp. 1).

K. E. Nr. hist. chor. 322. lat 21, szewc. Matka chorowała umysłowo, rodzeństwo zdrowe. Poród i rozwój prawidłowe. Uczył się krawiectwa później w szkole rzemieślniczej szewiectwa, nigdzie dłużej nie utrzymał się, sam rzucał naukę i przerzucał się na inne rzemiosło. W styczniu 1928 r. podniecił się, krzyczał, wyrażał urojenia, że go chcą otruć, był agresywny, trzykrotnie usiłował odebrać sobie życie. W klinice podaje personalja dobrze, mówi, że czuł się parę miesięcy „jakby odurzony, nie rozumiałem co do mnie mówili". Kontakt z chorym trudny, na pytania przeważnie nie odpowiada, tylko uśmiecha się, do pracy nie daje się nakłonić. Z biegiem czasu coraz bardziej staje się otorbiony. W kwietniu 1928 r. przestał zupełnie odpowiadać, zanieczyszcza się, nie przyjmuje niekiedy pokarmów, okresami podnieca się, bije innych chorych, drze bieliznę, wybija szyby. Stan podobny utrzymuje się aż do chwili zastosowania insuliny.

Od 28.IV. do 16.VI.36 r. przeszedł leczenie insuliną, rozpoczynając od 24 jedn. Najwyższa dawka 120 jedn. Pierwsza zapaść przy 40 j. Ilość zapaści 10 w tem jedna połączona z drgawkami. W 15 zastrzykach otrzymał 1140 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebył 21 godzin. Na wadze przybyło $^1/_2$ klg.

Stan psychiczny w czasie leczenia i po leczeniu nie uległ zmianie. (Tabl. I przyp. 2).

H. A. Nr. hist. chor. 2193. lat 28, drogomistrz. Dziedzicznie nie obarczony. Poród i rozwój prawidłowe. Przebył zapalenie płuc i szkarlatynę. Uczył się dobrze, ukończył gimnazjum. Uczuciowy, przesądny, religijny. W czerwcu 1934 r. stał się smutny, przestał rozmawiać, nie zmieniał przez dluższy czas pozycji, zanieczyszczał się, później stał się agresywny, wielomówny, nie jadł, bał się by go nie otruli, usiłował podpalić dom.

9.XII.35 r. przyjęty do Kliniki. Na pytania odpowiada niechętnie, ogólnikowo. Personalja podaje prawidłowo, uważa się za zdrowego, zorjentowany w miejscu, czasie i otoczeniu. Miał omamy wzrokowe (ogniste znaki na niebie) i słuchowe (głosy, które kazały mu siadać lub wstawać). Pacjent zahamowany, nieufny, do żadnego zajęcia nie daje się nakłonić. drażliwy, okresami agresywny, zamknięty.

19.II.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 32 jedn. Najwyższa dawka 376 jedn. Pierwsza zapaść przy 304 jedn. Ilość zapaści 13 w tem 5 drgawkowych. W 31 zastrzykach otrzymał 7210 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebywał 27 godzin. Na wadze przybył 12 klg.

W stanie psychicznym chorego podczas leczenia nie stwierdzono poprawy, jest tak samo zamknięty, okresami agresywny, bije innych chorych, leczeniu poddawał się niechętnie, bronił się przed zastrzykami. Stan psychiczny pozostaje bez zmian. (Tabl. I przyp. 3).

G. S. Nr. hist. chor. 2292. lat 27, szklarz. Kuzynka ze strony matki chorowała psychicznie. Poród i rozwój prawidłowe. Pomagał ojcu w pracy, wykazywał spryt i pracowitość, lubił sport. Zachorował w listopadzie 1930 r., domagał się pieniędzy, miał zamiar budować fabrykę; był niespokojny, groził ojcu pobiciem, kupował papierosy i czekoladę, które rozdawał otaczającym nieznajomym. Przebywał w tut. Klinice od 11.XII.30 do 8.V.31 r.

Był dziwaczny, rozkojarzony, niekiedy agresywny, zdradzał omamy wzrokowe, wypisany bez poprawy. Później przebywał na kolonjach i w szpitalach dla chorych psychicznie. Z powodu podniecenia psychoruchowego oraz agresywności,

które ostatnio wystąpiły, chory został w dn. 20.IV.36 r. przyjęty ponownie do tut. Kliniki.

Na oddziale stale monologuje, wykonuje rytmiczne ruchy palcami i tułowiem, śpiewa, tańczy, wykonuje grymasy. Z postawy i zachowania się wydaje się jakby chory z kimś rozmawiał, przekonywał lub odpychał kogoś. Kontaktu nawiązać nie daje się.

Dn. 21.IV.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 24 jedn. Najwyższa dawka 200 jedn. Pierwsza zapaść przy 112 jedn. W 22 zastrzykach zużyto 1394 jednostki insuliny. Przebył 12 zapaści śpiączkowych, w stanie niedocukrzenia 30 godzin. Na wadze ubyło 2 klg. mimo, że chory jadł z dobrym apetytem i w dostatecznej ilości.

W czasie leczenia kontaktu z chorym nie dało się nawiązać, zachowanie się chorego jak przed leczeniem. Po ukończeniu leczenia stan psychiczny chorego pozostał bez zmiany. (Tabl. I przyp. 4).

L. M. Nr. hist. chor. 2189. lat 39, agent, przebywa w Klinice po raz drugi. Siostra ojca chora psychicznie. Pacjent urodził się i rozwijał prawidłowo. Uczył się dobrze. Przebył ospę. Z usposobienia nierówny, wrażliwy, towarzyski, uczynny, czuł się pokrzywdzony przez naturę z powodu śladów ospy. Przed 10 laty wystąpiły stany depresji, podczas których najlepiej czuł się z rana. Podobne stany powtarzały się 1 — 2 razy do roku. Ostatnie lata po okresie przygnębienia następował okres pobudzenia psychoruchowego. Pacjent budowy akromegalicznej z wieżową budową czaszki.

Na oddziale jest b. gadatliwy, hałaśliwy, krzyczy, nie sypia bez środków nasennych, uważa się za zdrowego. Powtarza w kółko „dzięki Bogu jestem zdrów, serce mam zdrowe, płuca zdrowe, cały jestem zdrów, zdrów, zdrów..." Omamów nie stwierdzono. Po raz pierwszy wypisany z poprawą, która trwała 5 dni poczem cierpienie przybrało ponownie charakter wyżej opisany. Chory skierowany do Kliniki. Na oddziale niespokojny, obnaża się, krzyczy, wymachuje rękami, stojąc na miejscu. Wielomówność i krzykliwość wzmaga się gdy zobaczy lekarza. Recytuje stale to samo, „dzięki Bogu jestem zdrów... zdrów... a mensz... a papugaj... p. dr. W... p. Dr. B... a mózg... jestem zdrów... zdrów." i t. d.

Pacjent przebył od 22.IV do 6.VI.36 leczenie insuliną. Pierwsza dawka 24 jedn. pierwsza zapaść przy 96 jedn., najwyższa dawka 104 jedn. Ilość zapaści 12 w tem z drgawkami 9. Ilość zastrzyków 16. Ogólna ilość zużytej insuliny 1448 jedn. Ilość godzin niedocukrzenia 16. Na wadze ubył 2 klg.

Podczas leczenia był jednostajnie hałaśliwy z wyjątkiem okresów niedocukrzenia i 1 — 2 g. po zapaści, podczas których spał. Objawy niedocukrzenia występowały mniej więcej po godzinie od czasu wstrzyknięcia odpowiedniej dawki insuliny, po dalszej godzinie zjawiały się drgawki.

Stan psychiczny chorego po leczeniu pozostał bez zmian. (Tabl. III przyp. 1).

K. A. Nr. hist. chor. 1883. lat 27, uczeń. Ciotka matki chora umysłowo. Jedynak, urodził się gdy matka miała 42 lata, poród kleszczowy. Rozwijał się prawidłowo, uczył się do 7 klasy gimnazjalnej dobrze. Później w 18 r. ż. nauka szła gorzej, odasabniał się, zaprzestał samowolnie uczęszczać do szkoły, niczem niechciał się zająć, zdradzał omamy węchowe, skarżył się na bóle głowy, przestał sypiać, stał się drażliwy. Do Kliniki przyjęty 4.IX.28 r.

Na oddziale zachowuje się spokojnie, dobrze zorjentowany, na pytania odpowiada niechętnie, często odpowiedzi nie mają nic wspólnego z zapytaniem, nie wykazuje zainteresowania otoczeniem, omamów i urojeń nie zdradza. Przebywał w Klinice do 8.X.28 r. Przeszedł kurację nukleinową, wypisany bez poprawy.

Później pacjent przebywał w kilku zakładach dla chorych psychicznie aż do 24.I. 35 r. gdy został ponownie przyjęty do tut. Kliniki. Chory jak poprzednio spokojny, kontakt do nawiązania trudny, odpowiada lakonicznie „nie wiem", „jestem zdrów", „proszę mnie wypisać do domu", stroni od otoczenia, z matką nie chce widywać się, nie przyjmuje od niej nic, dopiero po wyjściu matki zabiera od pielęgniarza przyniesioną przez matkę paczkę.

Od 26.III do 13.V.36 r. stosowano leczenie insuliną. Dawka początkowa 40 jedn. dawka najwyższa 152 jedn. Pierwsza zapaść przy 120 jedn. Ilość zastrzyków 18, z których 14 zakończone zapaścią w tem jedna zapaść z drgawkami. Pacjent przebył 19 godzin w stanie niedocukrzenia. Insuliny zużyto 2340 jedn. Na wadze przybył 6 klg.

W okresach niedocukrzenia obficie pocił się, często silnie podniecał się psychoruchowo, przed zapaścią rysy twarzy stawały się grube, usta ściągnięte w ryjek, gałki wytrzeszczone, twarz maskowata, kurcze mm. twarzy rozpoczynały się od strony lewej. W stanie psychicznym tak podczas leczenia jak i po leczeniu poprawy nie stwierdzono. (Tabl. I przyp. 5).

M. J. Nr. hist. chor 1940. lat 29, inżynier. Dziedzicznie nie obarczony. Poród i rozwój prawidłowe. Przebył odrę i szkarlatynę; skryty, nietowarzyski, uczył się b. dobrze. Zachorował w r. 1929, zaczął odasabniać się, zdradzał urojenia ksobno-prześladowcze, odmawiał przyjmowania pokarmów, nie sypiał, podniecał się okresami, niszczył sprzęty domowe, mówił i śmiał się do siebie. Po pobycie w zakładzie dla chorych umysłowo, gdzie przeszedł kurację nukleinową, objawy choroby złagodniały o tyle, że stał się spokojniejszy. Jesienią 1930 r. stan cierpienia ponownie obostrzył się, wobec czego chorego umieszczono 2.XII.32 r. w tut. Klinice. Zachowywał się spokojnie, odasabniał się, podejrzliwy, dziwaczny. 1.III.33 r. został wypisany bez poprawy. W domu zachowanie się nadal dziwaczne, źle jada i sypia, pomaga jednak ojcu w pracy. W marcu 1935 r. objawy chorobowe obostrzyły się, pacjent przestał sypiać, tańczył i hałasował w nocy, podpalił firanki, ciągle telefonował bez potrzeby. wrogie nastawienie w stosunku do matki. W dniu 23.III.35 został ponownie umieszczony w tut. Klinice.

Na oddziale całemi dniami chodzi z głową nakrytą płaszczem, nie udziela się, zaniedbuje się, w ubraniu, zbiera rozmaite śmiecie, do otoczenia odnosi się podejrzliwie, kontaktu nie nawiązuje, czasami pokryjomu bije chorych. Okresami bywa przystępniejszy, bardziej ruchliwy.

Od 24.III do 8.VI.36 r. przeprowadzono leczenie insuliną, rozpoczynając od 40 jedn. Dawka najwyższa 272 jedn. Pierwsza zapaść przy 176 jednostkach. Zapaści 12 (w tem 2 drgawkowe). W 23 zastrzykach zużyto 4244 jednostki insuliny. Pacjent przebywał w stanie niedocukrzenia 22 godziny. Waga ciała pozostała bez zmiany.

W czasie leczenia sam chory nie odczuwał różnicy w samopoczuciu, podaje, że leczenie nie było uciążliwe, zjawiał się najpierw głód, później słabość i senność, wreszcie „traciłem zmysły". Po ukończeniu kuracji czuje się lepiej. Objektywnie pacjent udziela się chętniej, nie jest jak zwykle ponurym. Co do swoich przeżyć i urojeń podaje, że na początku choroby „czuł się bardzo sennym, być może, że mnie szpiegowali, a być może i nie, ale prawdopodobnie szpiegowali". Mówi, że miał do matki niechęć, obecnie jej nie czuje, przyczyny tej niechęci nie chce ujawnić nie mówi też dlaczego w czasie leczenia wybił szybę „trzeba było wybić... trzeba... trzeba..." Dlaczego trzeba? „nie pamiętam, jak przypomnę to powiem". Pacjent pyta czy nie należałoby zająć się pracą i sportem, narazie jednak niema żadnych projektów na przyszłość, chce być przedewszystkiem zdrowym „wtedy będę myślał

o przyszłości". Chory unika w czasie rozmowy wzroku lekarza, często zakrywa oczy ręką.

W czasie leczenia nie daje się zauważyć zmian w stanie psychicznym; chory jest jak zwykle zamknięty, ponury, nieufny. Okresy niedocukrzenia występowały późno po zastrzyku insuliny, pacjent pocił się słabo, podniecał się okresami, klaskał w dłonie, jakby był na przedstawieniu teatralnem, raz pocichu płakał; wyjaśnienia tych faktów nie chce podać. (Tabl. I przyp. 6).

M. E. Nr. hist. chor. 232. lat 31, cieśla, dziedzicznie nie obarczony. Poród i rozwój prawidłowy. Pracowity, zdolny cieśla, dobry mąż i ojciec, lubiany przez krewnych i sąsiadów. Zachorował w październiku 1931 roku, skarżył się na bóle głowy, był niespokojny, krzyczał, rwał ubranie, demolował mieszkanie, mówił bezładnie, mało spał, zanieczyszczał się. Przebywał od 23.III.31 do 1.X.31 w zakładzie psychjatrycznym, gdzie zdradzał omamy wzrokowe i słuchowe, okresami był niespokojny, lub całemi dniami przebywał w łóżku, niewykazując żadnego zainteresowania otoczeniem. Po wypisaniu się spokojny, pracą nie zajmował się, podniecał się okresami. W styczniu i lutym b. r. stał się ruchliwy, zdemolował mieszkanie, uciekł z domu, agresywny w stosunku do otoczenia, potem wystąpił ponownie okres zahamowania, nie zmieniał pozycji, nie przyjmował pokarmów, zanieczyszczał się.

Do Kliniki przyjęty 16.III.36 r. Na oddziale dziwaczny, śmieje się bez widocznej przyczyny, na pytania nie odpowiada, okresami bije innych chorych, kontaktu z otoczeniem nie nawiązuje.

Od dn. 16.IV. do 8.VI.36 przebył leczenie insuliną. Dawka początkowa 16 jedn. dawka najwyższa 104 jedn. Pierwsza zapaść przy 80 jedn. Ilość zapaści 13, w tem drgawkowych 2. W 20 zastrzykach otrzymał 1616 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebywał 16 godzin. Na wadze przybył $2^1/_2$ klg.

Stan psychiczny w czasie leczenia i bezpośrednio po leczeniu: chory daje się wciągnąć do pracy, wykonuje nieskomplikowane czynności, zachowuje się spokojnie, kontaktu jednak nie daje się nawiązać. (Tabl. I przyp. 7).

K. W. Nr. hist. chor. 1732 lat 23, student. Ojciec i matka bardzo nerwowi. Poród prawidłowy, rozwijał się normalnie, był spokojny, posłuszny, do 7-mej klasy gimnazjalnej uczył się dobrze, później nauka szła gorzej. Po ukończeniu gimnazjum przez 2 lata z zapałem studjował matematykę na wyższej uczelni. Od r. 1932 zaprzestał chodzić na wykłady. W domu nic nie robił, wykonywał dziwaczne ruchy, mówił do siebie, wyrażał urojenia ksobno-prześladowcze, słyszał głosy.

Do Kliniki przyjęty 26.V.32 r., zachowuje się dziwacznie, wymachuje ręką jakby podawał komendę do salwy, przytem krzyczy „paf... paf...", sam nie jada, bywa agresywny, nieufny. Po 4 miesiącach został wypisany bez poprawy, w dalszym ciągu wyrażał urojenia, że jest prześladowany, uważał siebie za wojskowego, nie pozwalał wejść do swego pokoju. W maju 1934 r. podniecił się, pobił ojca i matkę, 20 maja 1934 r. został po raz drugi przyjęty do Kliniki. Na oddziale maszeruje, wywija ręką jakby miał w niej szablę, wydaje komendę, na pytania odpowiada stojąc na baczność „tak jest, tak jest", wykonuje przytem szereg dziwacznych ruchów mimicznych. Przed zastosowaniem leczenia insuliną chory uspokoił się, siedzi nieruchomo z opuszczoną głową, z otoczeniem kontaktu nie nawiązuje, na pytania odpowiada tylko uśmiechem, staje przytem na baczność, jada pod przymusem.

1.V.36 rozpoczęto leczenie insuliną, poczynając od 24 jedn. Najwyższa dawka 96 jedn. Pierwsza zapaść przy 88 jedn. W 16 zastrzykach zużyto 1270 jedn. insuliny. Chory przebył 10 zapaści, w tem 5 drgawkowych. W stanie niedocu-

krzenia przebył 24 godziny. Stan psychiczny chorego w czasie leczenia pozostaje bez zmiany. W okresie niedocukrzenia silnie się pocił, połowa zapaści nosiła charakter drgawkowy; rozpoczynały się one od kurczów mm. twarzy, przechodziły na górne kończyny, najpierw prawą potem uogólniały się. Ku końcowi leczenia chory przed wystąpieniem zapaści podniecał się psychoruchowo, krzyczał, wydawał komendy, wykonywał ruchy gimnastyczne, raz podczas okresu niedocukrzenia zanieczyścił się moczem. Po ukończeniu leczenia stan psychiczny nie uległ zmianie. (Tabl. I przyp. 8).

P.W. Nr. hist. chor. 1623, lat 22, uczeń. Kuzyn chorował psychicznie. Poród normalny. W dziecięctwie przebył zapalenie mózgu. Był zdolnym uczniem, skłonny do samotności, uparty, wrażliwy, skryty. W r. 1929 stał się bardziej zamkniętym, wyrażał się, że jest silnym, że wszystkich pobije, że będzie żył 300 lat, wrogo usposobiony do ojca, przestał jadać, gdyż „pokarm jest zatruty", mówił do siebie, przebywał najchętniej w łóżku. Z biegiem czasu przestał mówić i dowolnie zmieniać pozycje. Dn. 7.XII.33 r. przyjęty do Kliniki.

Na oddziale nie nawiązuje z nikim kontaktu, siedzi nieruchomo zapatrzony w jeden punkt, dużo śpi, później przez kilka miesięcy jest bardzo ruchliwy; wydaje komendy, salutuje, staje na baczność, nazywa siebie podchorążym, wyraża urojenia prześladowcze; potem znowu powraca do stanu poprzedniego. Przebył leczenie malarją bez wpływu na stan chorobowy.

Od dnia 12.IX do 26.IX.35 stosowano leczenie insuliną. Otrzymał w 10 zastrzykach 542 jedn. insuliny. Zapaści 6, godzin niedocukrzenia 12. Ze względu na spadek wagi przerwano stosowanie insuliny. W czasie podawania jej jak i później nie zauważono żadnych zmian w stanie psychicznym.

Od 1.IV do 26.V.36 r. przebył ponownie leczenie insuliną, poczynając od 16 jedn. a kończąc na 104 jednostkach. Pierwsza zapaść przy 88 jedn. Ilość zastrzyków 19, ilość zapaści 13, ilość zużytej insuliny 1584 jedn., ilość godzin niedocukrzenia 24. Na wadze przybył $1^1/_2$ klg. Objawy niedocukrzenia wystąpiły już po 24 jedn. przed upływem 1 godz. od czasu wstrzyknięcia insuliny, po dalszych 50—60 minutach zasypiał. Chory bardzo silnie pocił się. Poza okresami, w których zasypiał, pacjent monologuje, uśmiecha się do siebie, wydaje komendy, okresami krzyczy donośnie „aresztować... aresztować...". Po przerwaniu zapaści, które ani razu nie były połączone z drgawkami, pacjent zjadał z apetytem śniadanie i na 1 — 2 godziny zasypiał.

W czasie stosowania i po ukończeniu leczenia insuliną z chorym nie udało się nawiązać kontaktu. Stan psychiczny pozostał bez zmiany. (Tabl. I przyp. 9).

M. E. Nr. hist. chor. 2260, lat 31, brakarz. Ojciec drażliwy, ciężki w pożyciu, 2 siostry chorowały psychicznie. Poród prawidłowy. W dziecięctwie skrofuliczny, miewał konwulsje. W wieku lat 10 spadł z drzewa, rozbił przytem głowę, długo uskarżał się na jej bóle. Ukończył 6 klas gimnazjum. W 16 r. ż. po zgaszeniu światła nie mógł zasnąć, widział jakieś powykrzywiane twarze, był drażliwy. Służył w wojsku rosyjskiem, pracował jako komendant garażu wojskowego, później jako emigrant przebywał kilka lat w Paryżu. Tam się ożenił. W r. 1920 wrócił do Warszawy, żonę i dziecko zostawił, tłumacząc, że nie chciał narażać je na niepewny los. W Warszawie pracował jako brakarz w centrali odbiorczej materjałów artylerji. W grudniu 1925 r. zauważono, że mówi bezładnie, pracował jak automat, wyrażał urojenia, że bolszewicy chcą go otruć, że wszyscy go prześladują, stał się przesadnie pobożnym, ciągle modlił się, zaniechał pracy. Przebywał w ciągu miesiąca w jednym z zakładów dla chorych psychicznie, wypisany bez popra-

wy. W dalszym ciągu zachowywał się dziwacznie jakby z kimś rozmawiał, śmiał się bez widocznych powodów. Przyjęty do tut. Kliniki 22.III.27 r.

Zachowuje się spokojnie, kontaktu nie nawiązuje, modli się, prosi by mu dawano tylko czarny chleb i mleko. Uważa, że do szpitala trafił tylko przez nieporozumienie, nie chce odpowiadać na pytania „to moja rzecz, to moja osobista sprawa". Do niektórych lekarzy ustosunkowany wrogo, usiłował ich bić. Wypisany bez poprawy. Usiłował popełnić samobójstwo wobec czego umieszczony ponownie w Klinice 8.VI.27 r. jest jeszcze bardziej zamknięty, na pytania nie odpowiada lub odpowiada „to moja osobista rzecz... nie mówmy o tem...". Wypisany do domu nie utrzymał się przy rodzinie, wyrażał urojenia, że został zakażony kiłą, nie pozwala innym jeść z tych samych naczyń, sam mało jadł i spał. Stan psychiczny chorego pozostał bez zmiany. Ostatnio przyjęty do Kliniki 15.IX.27 r. Przebył kurację nukleinową bez dodatnich wyników. Kontakt z chorym trudny, na pytania odpowiada ogólnikowo, siaduje po kątach skulony z opuszczoną głową, stara się unikać lekarzy i sióstr, wita się niechętnie, podaje rękę przez rękaw ubrania, zachowuje się jednostajnie.

7.IV.36 r. rozpoczęto kurację insulinową od 24 jedn. Dawka najwyższa 96 jedn. Pierwsza zapaść przy 56 jedn. Zapaści 14, w tem 3 z drgawkami. W 19 zastrzykach zużyto 1432 jedn. insuliny. Chory przebywał w stanie niedocukrzenia 26 godzin. Waga wzrosła o $1^1/_2$ klg.

W okresach niedocukrzenia chory nadzwyczaj silnie pocił się. W czasie leczenia zauważono, że często wyraża życzenia by zastrzyk zrobiono w prawy lub lewy pośladek, sam zwraca się o papierosy, jest bardziej dbały o wygląd zewnętrzny. Więcej spaceruje, przy spotkaniu nie ucieka od lekarza, rękę podaje jednak jak poprzednio przez ubranie. Kontaktu ściślejszego nie daje się nawiązać, życzeń nie wyraża, za propozycje dziękuje „jest mi dobrze", do pracy nie daje się nakłonić. (Tabl. I przyp. 10).

R. J. Nr. hist. chor. 2012, lat 17. Wuj chorował psychicznie. Poród, rozwój prawidłowy. Przebył zapalenie płuc i opłucnej. Uparty, małomówny, nietowarzyski. Wyróżniał się dużą inteligencją; do 4 klasy gimnazjalnej uczył się bardzo dobrze, później gorzej. Pierwsze objawy choroby psychicznej wystąpiły w sierpniu 1934 r. w postaci chwilowych zahamowań w czasie chodzenia i rozmowy. Objawy powyższe powtarzały się coraz częściej. Z biegiem czasu wystąpiły mimowolne ruchy kończyn górnych, wymachiwał niemi jakby skrzydłami; wrogi stosunek do rodziców, zanieczyszczał się moczem i stolcem. Objawy zahamowania nasiliły się. Leczył się w zakładach dla chorych nerwowych i umysłowych (masażem, hormo-, hydro- i pyroterapją) bez skutku.

Przyjęty do Kliniki 29.V. 1935 r. Na oddziale spokojny, ogólnie zahamowany, stuporowaty, wykonuje szereg dziwacznych ruchów i gestów, odpowiada monotonnie, lakonicznie, urywkowo. Niekiedy zanieczyszcza się moczem. Żadnych życzeń i zainteresowań nie wyraża.

Poraz pierwszy przebył leczenie insuliną od 6.IX do 10.XII. 35 r., po którem wystąpiła poprawa, pozostały jednak niektóre dziwaczne ruchy, niechęć do rodziców, niedbałość w zewnętrznym wyglądzie.

Poraz drugi przeprowadzono kurację insulinową dn. 24.III.36 r. poczynając od 40 jednostek. Dawka najwyższa 288 jedn. Pierwsza zapaść przy 264 jedn. Ilość zapaści 12 w tem drgawkowych 8. W 26 zastrzykach otrzymał 5924 jedn. W stanie niedocukrzenia przebył 23 godz. Na wadze przybył 5 klg. Przebieg dru-

giej kuracji w porównaniu do pierwszej różnił się tylko zwiększoną tolerancją na insulinę.

Po ostatnim leczeniu stał się bardziej ruchliwy, ożywiony, zajmuje się pracą i lekturą, wykazując żywe zainteresowanie otoczeniem, ruchy dziwaczne ustępują, pisuje bez zachęty serdeczne listy do rodziców, forma których jest bardziej staranną niż po pierwszej kuracji. Wypisany w stanie wybitnej poprawy, która utrzymuje się według doniesienia rodziny z dn. 4.VIII b. r. Według dalszych doniesień z dn. 8.IX b. r. stan chorego uległ pogorszeniu. (Tabl. I. przyp. 11).

J. K. Nr. hist. chor. 2262, lat 33, rolnik. Brat pacjenta chory umysłowo. Przebywa w Klinice poraz drugi. Podczas pierwszego pobytu od 15.XII.32 do 8.IX.33 r. zachowywał się dziwacznie, błaznował, zaczepny względem otoczenia, lubiał płatać nieszkodliwe figle; obładowany stale rupieciami. Głos dziecięcy, mowa sepleniąca, często mówi o sobie zdrobniale w trzeciej osobie. Przebył leczenie malarją. Wypisany z nieznaczną poprawą. Po wypisaniu nie pracował, wałęsał się po okolicy, wszczynał kłótnie i bójki, uderzył ojca nożem, zdemolował mieszkanie. Od dn. 17.III.36 przebywa w Klinice. Zachowanie się chorego jak podczas poprzedniego pobytu.

Dnia 6.V. 36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 24 jedn. Pierwsza zapaść przy 56 jedn. W 15 zastrzykach otrzymał ogółem 778 jedn. insuliny. Ilość zapaści 12 w tem orgawkowych 1. W stanie niedocukrzenia przebył 26 godzin. Na wadze przybył 4 klg. Pierwsza zapaść wystąpiła przy stosunkowo niskiej dawce (56 jedn.) insuliny. Dalsze zapaści przy tej samej dawce. Objawy niedocukrzenia przejawiały się silnem poceniem się oraz bezwładem. Stany niedocukrzenia oraz głębokość zapaści ku końcowi leczenia występowały znacznie wcześniej po wprowadzeniu insuliny i odznaczały się większem nasileniem.

Stan psychiczny chorego tak w czasie leczenia jak i po ukończeniu nie uległ zmianie. (Tabl. I przyp. 12).

L. G. Nr. hist. chor. 2215, lat 39, rolnik. Dziedzicznie nieobarczony. W dzieciństwie przebył zapalenie płuc i odrę. Wesoły, towarzyski, pracowity. Przed 10 laty podobno przebył kiłę. Zachorował nagle na początku 1936 r., stał się podniecony, biegał po wsi, chciał podpalić własny dom, w areszcie gminnym wybił szyby i zdemolował urządzenie, w stosunku do otoczenia agresywny. Urojeń o charakterze prześladowczym względnie wielkościowym nie zdradzał, jak również omamów. Do Kliniki przybył 15.I. 1936 r.

Zachowuje się spokojnie, podaje prawidłowo personalja. Sam zwraca uwagę, że przed 10 laty lekarz orzekł, że jest chorym na kiłę, leczył się, „a teraz zapewne dlatego zachorował". Obecnie czuje się zdrów, zostanie jednak w szpitalu by być dokładnie zbadanym. Badanie neurologiczne zmian w kierunku p. p. lub t. d. nie stwierdziło. Odczyny kiłowe we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym — ujemne. N. A, Pandy i TAR — ujemne. Białka 0,30‰. Elementów komórkowych 1 w 1 mm^3. Pod względem psychicznym zdradza urojenia ksobno-prześladowcze. Wszyscy na niego patrzą i wyśmiewają; twierdzi, że „nic dobrego dla mnie nie szykuje się". Patrzy na otoczenie podejrzliwie, kontaktu nie nawiązuje, drażliwy, żadnych życzeń nie wyraża, ustawicznie pluje, na zapytanie dlaczego pluje — odpowiada, że „chce przepluć swoje życie". Okresami niespokojny, agresywny.

Od 16.IV do 15.VI stosowano leczenie insuliną, rozpoczynając od 24 jedn., najwyższa dawka 152 jedn. Chory przebył 12 zapaści w tem 9 z drgawkami. Ogólna ilość zastrzyków insuliny 23. W sumie otrzymał 2240 jednostek insuliny. Godzin niedocukrzenia 15; na wadze ubył 6 klg.

Przy pierwszych zastrzykach insuliny nieco ożywia się, na pytania odpowiada chętniej, uważa się za chorego nerwowo, jednak czuje się nieco lepiej, pozatem objektywnych zmian brak; pacjent w dalszym ciągu pluje, jest podejrzliwy, wyraża obawę czy może zjeść więcej „żeby nie zaszkodziło". Jada jednak dość dużo. Pierwsze zapaści przy 104 jedn. insuliny, dalsze przy 120 jedn. bez drgawek, pozostałe były zawsze z drgawkami, które rozpoczynały się od mm. twarzy i następnie przechodziły najpierw na prawą, a później i na lewą k. g.; podczas dalszego przetrzymywania drgawki uogólniały się, nie nosiły jednak charakteru gwałtownych kurczów, a raczej wyglądały na niezborne atetotyczne ruchy.

Leczenie zaprzestano ze względu na spadek wagi. W stanie psychicznym nie stwierdzono żadnych zmian poza uspokojeniem się chorego. (Tabl. II przyp. 1).

S. B. Nr. hist. chor. 2151 lat 51, rolnik. Dziedzicznie nie obarczony. Poród i rozwój prawidłowy. Żadnych chorób nie przechodził. Był posłuszny, pracowity, skłonny do odosobniania się. Obecna choroba wystąpiła w początkach października 1935 r. Niszczył wszystko w domu, agresywny w stosunku do otoczenia, głośno krzyczał, nie spał, Do Kliniki przyjęty 26.X.35 r.

Na oddziale bardzo niespokojny, agresywny, dziwaczny, na pytania nie odpowiada lub odpowiedzi nie odpowiadają treści zapytania, nie śpi, jada bardzo dużo, odbiera innym chorym. Przez okres dwu dni chory zahamowany, patrzy nieruchomo w jeden punkt, na pytania nie odpowiada. Po tym okresie znowu staje się jak poprzednio niespokojny i agresywny.

8.IV.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 40 jedn. Pierwsza zapaść przy 184 jedn. Dawka najwyższa 216 jedn. Zapaści 12 (w tem 2 z drgawkami). Ilość godzin niedocukrzenia 18. Ilość zużytej insuliny 3464 jedn. Ogółem zastrzyków 21. Na wadze przybył $4^1/_2$ klg.

Pacjent na początku leczenia przed wystąpieniem objawów niedocukrzenia, uspokajał się, stawał się miłym, spełniał chętnie polecenia. Jeszcze przed wystąpieniem pierwszej zapaści zachowanie chorego staje się poprawne, pomaga w pracy pielęgniarzom, w stosunku do otaczających chorych nie jest agresywny, nie odbiera im jedzenia. Zapaści miały przebieg jednostajny. Po 45 — 60 minutach od czasu wstrzyknięcia insuliny występowały objawy niedocukrzenia, pacjent zasypiał aż do przerwania zapaści. Dwukrotnie zapaści były połączone z drgawkami. W czasie 4-ej zapaści po jej przerwaniu i spożyciu śniadania jest przez krótki czas zamroczony, mówi do lekarza o „wiewiórce", że „lekarz był też chory" po 30 — 40 minutach przeprasza „że głupstwa plotłem, to mnie tylko śniło się". Po śniadaniu chory zawsze zasypiał na 1 — 2 godziny.

Po ukończeniu leczenia żadnych objawów chorobowych nie zdradza, jest krytycznie ustosunkowany do przebytego cierpienia. Pracuje chętnie i dobrze. Według doniesienia rodziny z dn. 8.VIII.36 stan powyższy utrzymuje się (Tabl. II przyp. 2).

G. N. Nr. hist. chor. 2527 lat 25, bez zajęcia, kuzynka ze strony ojca jest umysłowo chora; poród kleszczowy, rozwój prawidłowy, przebył szarlatynę i odrę Uczył się bardzo dobrze, z usposobienia cichy, posłuszny, nietowarzyski.

Obecne cierpienie wysąpiło stopniowo w ostatnich miesiącach 1935 r. zaczął się oddalać z domu bez widocznej potrzeby, na ulicy zachowywał się dziwacznie, nie chciał wracać do domu, na pytania nie odpowiadał.

Do Kliniki przyjęty dn. 2.VI.1936 r. na oddziale nie chce opuszczać łóżka, kontaktu nie daje się nawiązać, poleceń nie wykonuje, stawia bierny opór.

Od dn. 13.VI.—28.VII. 1936 r. przeprowadzono leczenie insuliną, dawka po-

czątkowa 24 jedn., najwyższa 88 jedn. pierwsza zapaść przy 80 jedn., zapaści miał 12 w tem 3 drgawkowe, w 18 zastrzykach otrzymał 1008 jednostek insuliny, w stanie niedocukrzenia przebył 27 godzin, na wadze przybył 3 kg.

W czasie leczenia i po jego ukończeniu zauważono, że chory stał się dostępniejszy, bardziej ruchliwy, pozatem bez zmian. (Patrz. tabl. Nr. II przyp. 3).

G. N. Nr. hist. chor. 2287 lat 25 rolnik, dziedzicznie nieobarczony, poród i rozwój prawidłowe; chorował na tyfus. Uczył się dobrze, towarzyski, wesoły. W listopadzie 1935 r. wystąpiły nagle objawy choroby umysłowej, które rozpoczęły się bólami głowy. Stał się niespokojny, agresywny, później nieco się uspokoił — przestał jeść, siedział bez ruchu, na pytania nie odpowiadał. W tym stanie został przewieziony do Kliniki w dniu 14.IV.1936 r., na oddziale spokojny, kontakt trudny sam nie je.

Od dn. 23.IV. — 11.VII.1936 r. przebył leczenie insuliną. Rozpoczęto od 16 jedn., najwyższa dawka 144 jedn., pierwsza zapaść wystąpiła przy 136 jedn. zapaści miał 12 wszystkie połączone z drgawkami; w stanie niedocukrzenia przebył 16 godzin, w 39 zastrzykach otrzymał 3644 jedn. insuliny, na wadze przybyło 5 klg.

Przed i na początku leczenia karmiony był zapomocą sondy, przyczem stawiał silny opór, pozatem przebywał stale w łóżku, nie nawiązując z otoczeniem żadnego kontaktu. Przy 112 jedn. insuliny nie stawia żadnego oporu przy karmieniu, przy następnem zwiększaniu insuliny zjada ukradkiem postawione obok posiłki, a po pierwszej zapaści zjadł łapczywie śniadanie, sam ubrał się i wyszedł z chorymi na spacer. Ku końcowi leczenia chory przebywa na sali dziennego pobytu, na powitanie podaje rękę, na pytania jednak nie odpowiada, stan powyższy utrzymuje się aż do chwili ostatniego doniesienia (15.IX.1936 r.) Tabl. Nr. III, przyp. 4.

K. M. Nr. hist. chor. 2271 lat 29 rolnik. Dziedzicznie nie obarczony, rodzeństwo zdrowe. Poród, rozwój prawidłowy. Przebył czerwonkę i hiszpankę, uczył się dobrze. Towarzyski, wesoły. We wrześniu 1935 r. rozpoczął unikać towarzystwa, zaniedbywał się w pracy, niechętnie rozmawiał, mało jadł, źle sypiał, w nocy wstawał, spacerował, zaniechał pracy. Wyrażał urojenia, że go chcą otruć, wrogo nastawiony wobec najbliższego otoczenia, mówił do siebie, gestykulował. Omamów nie miał.

Do Kliniki przyjęty 28.III.36 r. Na oddziale zahamowany, na pytania odpowiada cichym głosem, powoli. Jest zorjentowany w miejscu, czasie i otoczeniu, z trudem jakby przypomina imiona rodzeństwa, tłumaczy się, że „nie jestem w takim stanie normalnym jak dawniej", z otoczeniem kontaktu nie nawiązuje, wyraża obawy że zostanie otruty. Okresowo był niespokojny, darł bieliznę, rzucał się na otoczenie—naogół uprzejmy, delikatny.

Od 16.IV. do 14.V.36 r. przebył leczenie insuliną poczynając od 24 jedn. Najwyższa dawka 104 jedn. Pierwsza zapaść przy 56 jedn. Pacjent otrzymał w 14 zastrzykach 968 jedn. insuliny. Przebył 11 zapaści „mokrych", w niedocukrzeniu przebył 16 godzin. Waga pozostała bez zmiany. Przy drugim zastrzyku (32 jedn.) wystąpiły po 1.20 godz. pierwsze objawy niedocukrzenia. Po 4 zastrzyku (56 jedn.) występują po 1 godz. objawy niedocukrzenia zakończone ciężką zapaścią śpiączkową. z obfitem poceniem się. Po następnej zapaści wyraża się, że „lepiej czuję się, jestem zdrowszy, jaśnieje w głowie".

Przy dalszych zapaściach chory zachowuje się spokojnie, kontaktu nie daje się nawiązać. Nie chce jeść śniadania, tylko pod przymusem karmienia sondą. Pacjent przy każdej zapaści obficie poci się. Podczas 9-go zastrzyku insuliny (6-ta zapaść) z chorym daje się nawiązać kontakt, mówi, że dziś czuje się lepiej, zdaje

sprawę, że był i jest jeszcze chorym „coś dzieje się w głowie, myśli wirują, nie można niemi pokierować". Przy następnym wstrzyknięciu insuliny bezpośrednio przed zapaścią podnieca się psychoruchowo — czyni wrażenie pijanego — wymyśla, rzuca się na łóżku niespokojnie, broni się przed zastrzykiem glukozy. Po zastrzyku glukozy i śniadaniu uspokoił się, nie przypomina swego zachowania się, wyraża zdziwienie, że był tak niespokojny i przeprasza. Przy dalszych zapaściach jest znowu spokojny, obficie poci się, kontakt słaby, śniadanie zjada pod przymusem.

Po ukończeniu leczenia insuliną pacjent zachowuje się spokojnie, nawiązuje kontakt z personelem szpitalnym, w stosunku do chorych jest uprzejmy, zrównoważony, opanowany. Wykonuje polecenia i interesuje się swoim stanem zdrowia. Chce być zdrowym, wrócić do pracy, nie chce jednak wypisać się wbrew opinji lekarza — „chciałbym solidnie wykurować się — tak żebym już nigdy nie chorował". Do przebytego cierpienia odnosi się krytycznie — „wiadomo chory byłem to niewiadomo co do głowy przychodziło". Przyznaje się do obaw, że będzie mu przykro po powrocie do domu, że sąsiedzi będą na niego „zgóry patrzyli", ponieważ był „warjatem". Sądzi jednak, że potrafi zachować równowagę psychiczną i nie przejmować się tem. Zapytany o zamiary na przyszłość odpowiada, że zajmie się pracą, by dobrze prowadzić gospodarkę, sam wyraża sąd, że nie powinien narazie w ciągu roku żenić się, ze względu na przebytą chorobę, zanim nie nabierze przekonania, że choroba nie powtórzy się.

Dn. 9.VI.36 r. pacjent został wypisany pod opiekę rodziny, jako zupełnie zdrowy. Według doniesienia rodziny z dn. 5.VIII.36 stan zdrowia utrzymuje się nadal. (Tabl. II przyp. 5).

K. M. Nr. hist. chor. 2229 lat 25, robotnik. Dziedzicznie nie obarczony, nie chorował, z usposobienia wesoły, towarzyski, ukończył 3 oddziały szkoły powszechnej. Pracował jako robotnik niewykwalifikowany, często upijał się, był znanym awanturnikiem w miasteczku. Zachorował przed tygodniem, mówił, że jest następcą „mego wujka Marszałka Piłsudskiego", że rozmawiał z M. Boską; stał się agresywnym, wybił szyby, zdemolował piec, źle spał.

Do Kliniki przyjęty 15.II.36 r. Na oddziale ruchliwy, krzyczy, nazywa siebie Bogiem; mowa nie powiązana, pluje dookoła, jest agresywny, źle sypia. Odczyny kiłowe we krwi i pł. mózg. rdzeń. ujemne, klinicznie brak zmian w kierunku p. p. lub t. d.

Od 9.III.36 do 1.V.36 r. przeszedł leczenie insuliną, poczynając od 32 jedn. Dawka najwyższa 304 jedn. Pierwsza zapaść przy 140 jedn. Ogółem zapaści 15, w tem 4 połączone z drgawkami. W 21 zastrzykach otrzymał 3980 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebywał 12 godzin. Na wadze przybył 4 klg.

W czasie leczenia dało się zauważyć późne występowanie pocenia się; przed wystąpieniem zapaści podniecał się psychoruchowo. Drgawki były wyrażone bardzo silnie i nosiły ogólny charakter. W czasie leczenia insuliną i bezpośrednio po ukończeniu leczenia stan psychiczny chorego nie wykazuje poprawy. Jest w dalszym ciągu zaczepny, natrętny, dziwaczny, gromadzi śmiecie, nazywa siebie królem lub Bogiem, samopoczucie wzmożone.

W 2 tygodnie po ukończeniu leczenia uspakaja się, daje się łatwo nakłonić do pracy, protekcjonalny w stosunku do innych chorych; pracuje niesystematycznie, okresami podnieca się.

Po 3 miesiącach stan zdrowia uległ poprawie, graniczącej ze zdrowiem (Tabl. II. przyp. 6).

J. S. Nr. hist. chor. 2272, lat 20, rolnik. Ojciec chorował psychicznie. Poród,

rozwój prawidłowy. Uczył się źle, był spokojny, towarzyski, posłuszny, pracowity, nie chorował.

26.III.36 r. wystąpiły bóle głowy, przestał jeść, płakał, zachowywał się dziwacznie, modlił się, mówił, że mu djabły zabrali duszę. 28.III. 1936 r. przyjęty do Kliniki.

Na oddziale niespokojny, agresywny, na pytania nie odpowiada.

1.IV. 36 rozpoczęto leczenie insuliną od 16 jedn. Podczas drugiego zastrzyku (40 jedn.) z pacjentem daje się nawiązać krótkotrwały kontakt, podał prawidłowo personalja, nie jest zorjentowany w miejscu czasie i otoczeniu. Kontakt wkrótce urwał się, pacjent usnął. Po piątym zastrzyku insuliny kontakt z pacjentem łatwy, spełnia polecenia, jest zorjentowany w miejscu, czasie i otoczeniu, czuje się zdrowym, chce pojechać do domu, uważa, że był chorym psychicznie i „dlatego robiłem głupstwa". W okresach niedocukrzenia podniecał się psychoruchowo, silnie pocił się. Po śniadaniu uspakajał się, na oddziale posłuszny, uprzejmy, konfliktów z otoczeniem niema.

Wobec poprawy i żądania rodziny zabrania do domu dn. 24.IV.36 r. przed zakończeniem leczenia insuliną wypisano chorego w stanie poprawy. W czasie leczenia przebył trzy zapaści śpiączkowe. Pierwsza zapaść przy 136 jedn. Najwyższa dawka 152 jedn. W 9 zastrzykach zużyto 1148 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebył 11 godzin.

Przed wypisaniem z Kliniki jest spokojny, zrównoważony, krytyczny w stosunku do przebytego cierpienia. Mówi, że przed zachorowaniem „chodziłem jak pod ziemią", wystąpiły bóle głowy, „paliło w piersiach i uderzało do głowy". Nie pamięta, że był agresywny, nie może wyjaśnić dlaczego się modlił. Pokarmów nie chciał przyjmować w obawie, że są zatrute.

Według doniesienia rodziny z dn. 4.VIII b. r. pacjent jest zupełnie zdrów. (Tabl. II przyp. 7).

Z. W. Nr. hist. chor. 2249. lat 20, rolnik. Dziedzicznie nie obarczony, rodzeństwo zdrowe. Poród, rozwój prawidłowy, nie chorował. W szkole uczył się dobrze, zamknięty, skłonny do odosabniania się, w pracy nie był pilnym. 26.II.36 po uderzeniu w głowę stał się przygnębiony, milczący, płakał, wyjaśnienia swego stanu nie dawał. Po 2 dniach stał się wielomówny, mowa bezładna, agresywny w stosunku do rodziny, zdemolował mieszkanie, zachowywał się dziwacznie, wołał kogoś, klękał, wykonywał dziwne ruchy. 8.III.36 przyjęty do Kliniki.

Jest bardzo ruchliwy, krzyczy, płacze, na pytania nie odpowiada, agresywny, nazywa siebie Hitlerem. Śpi po narkotykach.

26.III.36 zastosowano leczenie insuliną. Dawka początkowa 40 jedn. Dawka najwyższa 176 jedn. W sumie otrzymał 17 zastrzyków, przyczem na 14 z nich reagował stanami zapaści o charakterze śpiączkowym. W ogólnej sumie otrzymał 2220 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebywał w ciągu 19 godzin. Na wadze przybył 9,5 klg.

W czasie leczenia zachowywał się hałaśliwie, domagał się gwałtownie jedzenia, chwilami był agresywny. W czasie wystąpienia objawów niedocukrzenia uspokajał się, bardzo się pocił. Po przerwaniu zapaści zawsze zasypiał na 2 — 3 godziny. W tydzień po ukończeniu leczenia zachowanie się pacjenta staje się spokojniejsze, spełnia polecenia, odpowiada na zapytania. Personalja podaje dobrze, czuje się lepiej, czasem tylko miewa bóle głowy. Do choroby ustosunkowuje się krytycznie, zdawało mu się, że go chcą zamordować „dlatego byłem niespokojny". Omamów nie miał. Prosi o jakiekolwiek zajęcie lub wypisanie do domu. Do pracy

zabrał się chętnie, wszystkie polecenia spełnia dokładnie, urojeń nie wypowiada, zachowuje się spokojnie, konfliktów z otoczeniem niema. Według doniesienia rodziny z dn. 4.VIII b. r. pacjent nie wykazuje żadnych objawów chorobowych. (Tabl. II przyp. 8).

S. A. Nr. hist. chor. 2281. lat 23, rolnik. Dziedzicznie nie obarczony, przedwczesny poród, w dziecięctwie rozwijał się prawidłowo, nie chorował. W nauce nie wykazywał zdolności, mało towarzyski, nastrój równy. Przed rokiem stał się przygnębiony, drażliwy, wyrażał obawę, że umrze na gruźlicę, mówił do siebie, źle sypiał, przestał jeść mięso w obawie, że mu szkodzi. 5.IV b. r. zerwał się w nocy z łóżka, wybił szyby, wołał policję na pomoc, wyrażał urojenia prześladowcze. Na oddziale wyraża urojenie prześladowcze, prosi by go nie krzywdzić i pozwolić mu żyć. Szpital uważa za więzienie, zakład doświadczalny nad ludźmi, prosi o zaoszczędzenie mu przynajmniej wzroku, słyszy głosy, są one jednak niewyraźne; nieufny, z otoczeniem kontaktu nie nawiązuje, je pod przymusem. Usiłuje ciągle wybijać szyby.

16.IV.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 16 jednostek. Pierwsza zapaść przy 128 jedn. Najwyższa dawka 176 jedn. Ilość zapaści 11 w tem z drgawkami 8. Ogólna ilość zastrzyków 24. Ogólna ilość zużytej insuliny 2412 jednostek. Ilość godzin niedocukrzenia 19. Na wadze przybył $3^1/_2$ klg.

Przy pierwszych dawkach insuliny rozpoczyna dobrze jadać, odbiera od innych chorych pokarm. Objawy niedocukrzenia występowały w niecałą godzinę po zastrzyku insuliny. Po dalszej godzinie zjawiały się zazwyczaj drgawki, które rozpoczynały się od kurczów mm. twarzy, ściągania ust jak przy ssaniu, później zjawiały się drgawki w prawej k. g. Jeśli pacjenta przytrzymano dalej drgawki, uogólniały się. Po wstrzyknięciu glukozy objawy powyższe natychmiast ustępowały, chory zjadał z apetytem śniadanie, po którem wkrótce zasypiał. Niekiedy przed wystąpieniem zapaści pacjent śpiewał, mówił o jedzeniu, naogół zachowywał się spokojnie. Po pierwszych zapaściach zachowanie pacjenta stało się spokojniejsze, nie usiłuje wybijać szyb, jada b. dobrze.

Po ukończeniu leczenia podaje, że więcej głosów nie słyszy, czuje się dobrze, nie uważa się za zupelnie zdrowego, chciałby jednak już pracować i wrócić do domu. Wypisany z nieznaczną poprawą, która według doniesienia rodziny z dn. 5.VIII. b. r. utrzymuje się dotychczas. (Tabl. II przyp. 9).

C. P. Nr. hist. chor. 2270. lat 28, rolnik. Matka chorowała psychicznie. Rodzeństwo zdrowe. Poród i rozwój prawidłowy. Przebył ospę. Uczył się dobrze, towarzyski, posłuszny, pracowity. 24.III.36 nie poszedł do pracy, mówił niejasno o czarach, wyrażał urojenie prześladowcze, w stosunku do najbliższej rodziny agresywny, krzyczy, widzi djabła, czuje, że on wlazł w niego, łapał się za brzuch, mówiąc, że złapał djabła, wypluwa go ze siebie, wzywa Boga i świętych na pomoc. Do Kliniki przyjęty 28.III.36 r.

Na oddziale bardzo niespokojny, krzyczy, agresywny, źle jada, sypia po narkotykach.

4.IV.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 24 jedn. Dawka najwyższa 168 jedn. Pierwsza zapaść przy 120 jedn. Zapaści 12. W 21 zastrzykach zużyto 1855 jedn. insuliny. Pacjent przebywał w stanie niedocukrzenia 22 godziny. Na wadze przybył $2^1/_3$ klg.

W czasie stosowania leczenia staje się spokojniejszy. W okresach niedocukrzenia silnie podniecał się psychoruchowo, krzyczał, jęczał, skarżył się na bóle w okolicy serca. Badaniem żadnych zmian nie stwierdzono. Po ustąpieniu objawów

niedocukrzenia skarg nie podawał. Pacjent jest zamknięty, na pytania odpowiada ogólnikowo, wyraża chęć wypisania się do domu. Nie uważa się jednak za zupełnie zdrowego; okresami bywa agresywny. Wyjaśnień przeżyć chorobowych nie daje się wydobyć, zbywa pytanie krótką odpowiedzią, że „obecnie djabeł nie dokucza". Przeżyć podczas stosowania insuliny również nie daje się wydobyć od pacjenta. (Tabl. II przyp. 10).

B. J. Nr. hist. chor. 2308, lat 29, handlowiec, dziedzicznie nieobarczony, poród i rozwój prawidłowe, w nauce nie wykazywał zdolności, nietowarzyski. Zachorował stopniowo od roku — stał się bardziej zamknięty, małomówny, unikał towarzystwa, śmiał się do siebie; przed pół rokiem zaczął wyrażać urojenia prześladowcze, że ktoś z otoczenia wywiera zły wpływ na niego, popycha go do zbrodni, podejrzewał o to ojca i najbliższą rodzinę. Przed przybyciem do Kliniki okresami agresywny w stosunku do najbliższej rodziny, nie przyjmuje pokarmów, gdyż są zatrute.

W dniu 9.V.1936 r. przyjęty do Kliniki, na oddziale spokojny, kontaktu z otoczeniem nie nawiązuje, dobrze zorjentowany, uważa się za psychicznie zdrowego — mówi, że tylko cała prawa połowa jest chorą... „Prawe oko dolega mnie tak, że chciałbym go wyrwać, żołądek wypełnia się tylko po stronie lewej; po stronie prawej pozostaje zawsze pusty, prawe jądro jest mniejsze, prawem uchem nie mogę słuchać".

Od dnia 13.V—7.VII.1936 roku przeszedł leczenie insuliną, poczynając od 24 jedn., w 26 zastrzykach otrzymał 4356 jedn. insuliny, najwyższa dawka 264 jedn., pierwsza zapaść przy 144 jedn., ogółem miał 14 zapaści w tem jedna drgawkowa, w stanie niedocukrzenia przebył 30 godzin, na wadze przybył 2,5 kg.

Stan psychiczny i zachowanie się chorego w czasie leczenia jak i bezpośrednio po jego ukończeniu pozostały bez zmiany, zaś w dwa miesiące po ukończeniu leczenia stan chorego poprawił się o tyle, że nie zdradza urojeń, w stosunku do poprzednio wyrażanych nie odnosi się krytycznie. (Tabl. Nr. II, przyp. 11).

B. Sz. Nr. hist. chor. 2276, lat 23, uczeń, dziedzicznie nieobarczony, poród i rozwój prawidłowe, nie chorował, uczył się dobrze, z usposobienia milczący, zamknięty; zachorował w sierpniu 1935 r., rzucił szkołę, przestał mówić, odosabniał się, odmawiał przyjmowania pokarmów, wypowiadał urojenia prześladowcze, usiłował popełnić samobójstwo; przed przybyciem do Kliniki stał się agresywnym, w dalszym ciągu zdradzał urojenia prześladowcze.

Do Kliniki przyjęty dn. 3.IV.1936 r. na oddziale wielomówny, monologuje, wyraża urojenia w stosunku do chorych i służby, że go chcą otruć.

Od dn. 28.IV—2.VII.1936 r. przeprowadzono leczenie insuliną począwszy od 24 jedn., najwyższa dawka 288 jedn., pierwsza zapaść wystąpiła przy 248 jedn., w 29 zastrzykach otrzymał 5262 jedn. insuliny; zapaści miał 12 w tem 5 z drgawkami, w stanie niedocukrzenia przebył 40 godzin, na wadze przybył 4 klg.

W połowie leczenia chory poczuł się zdrowszym — chętnie nawiązuje kontakt z otoczeniem, urojenia wyraża rzadziej; prosi o wypisanie go do domu. Po skończeniu leczenia nie wykazuje urojeń, do poprzednio wyrażanych odnosi się krytycznie. (Tabl. Nr. II, przyp. 12).

W. J. hist. chor. 2333, lat 38, przemysłowiec, ojciec chorował psychicznie, poród i rozwój prawidłowe. Przebył tyfus. Spokojny, pracowity, nietowarzyski. Cierpienie rozpoczęło się w początkach czerwca ub. r. urojeniami prześladowczemi, że go chcą otruć.

Dnia 8.VI.1936 r. przyjęty do Kliniki, na oddziale niespokojny, śpi po narkotykach, nadal wyraża urojenia.

Od dnia 12.VI—18.VII.1936 r. przeszedł leczenie insuliną. W przebiegu leczenia otrzymał w 17 zastrzykach 856 jedn. insuliny; dawka początkowa 24 jedn., najwyższa 64 jedn., pierwsza zapaść wystąpiła przy 64 jedn., zapaści miał 10 w tem 1 drgawkowa. W stanie niedocukrzenia przebył 28 godzin, na wadze przybył 1 kg.

Stan chorego w czasie leczenia, bezpośrednio po leczeniu oraz w dwa miesiące od ukończenia leczenia pozostaje bez zmian, urojenia prześladowcze utrzymują się nadal. (Tabl. Nr. II, przyp. 13).

H. J. Nr. hist. chor. 2332, lat 41, urzędnik, dziedzicznie nieobarczony, poród i rozwój prawidłowe, w dzieciństwie drażliwy, skłonny do odosabniania się. Chorował na zapalenie płuc, okresami nadużywał alkoholu.

W 1926 r. z powodu przykrości służbowych usiłował otruć się. Obecne cierpienie wystąpiło stopniowo w maju 1936 roku. Z powodu przykrości służbowych stał się przygnębiony, źle jadał i sypiał. Dnia 3.VI.1936 roku zrzucił z siebie ubranie, zaczął tańczyć i biegać po mieszkaniu, krzyczał, że zgubił wszystkich, że jest antychrystem; po uspokojeniu się nie odpowiadał na pytania, jadł tylko za namową, nie spał.

Dnia 8.VI.1936 roku, przyjęty do Kliniki; na oddziale spokojny, kontakt trudny, zdradza lęki, omamy słuchowe, wzrokowe, oraz urojenia prześladowcze.

Od dn. 2.VII—5.VIII.1936 r. przebył leczenie insuliną począwszy od 24 jedn. najwyższa dawka 112 jedn.—pierwsza zapaść wystąpiła przy 56 jedn. W ciągu stosowania insuliny miał 10 zapaści przyczem ostatnie 3 były połączone z drgawkami, w stanie niedocukrzenia przebył 21 godz., w 14 zastrzykach otrzymał 976 jednostek insuliny. Na wadze przybył 1 kg.

Stan chorego w czasie leczenia jak też i po leczeniu pozostał bez zmian. (Tabl. Nr. II, przyp. 14).

S. W. Nr. hist. chor. 2260, lat 25, robotnik. Dziedzicznie nie obarczony. Poród i rozwój normalny. Żadnych cierpień nie przechodził. Uczęszczał do szkoły, lecz „był niepojętny, nie miał pamięci". Do pracy był b. chętny, charakter łagodny, uległy. Psychicznie choruje poraz trzeci. Przed 4-ma tygodniami zdemolował nagle wszystko w swoim mieszkaniu; wpadł do Sądu Okręgowego, gdzie powybijał szyby i powywracał stoły. W drodze do Kliniki był niespokojny, krzyczał, śpiewał, gwizdał, dużo mówił. Przyjęty do Kliniki 6.III.1936 r.

Na oddziale bardzo niespokojny, krzyczy, rozrzuca pościel, bije innych chorych, wielomówny, rozkojarzony, dziwaczny. Na pytania odpowiada, lecz treść odpowiedzi niema nic wspólnego z zapytaniem.

6.V.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 24 jedn. Pierwsza zapaść wystąpiła przy 56 jedn. Dawka najwyższa wynosiła 80 jedn. Zapaści 10 (w tem 5 drgawkowych). Zużyto ogółem 752 jedn. insuliny. Ilość zastrzyków 13. Pacjent przebył w stanie niedocukrzenia 12 g. Na wadze przybył 2$^1/_2$ klg. Zapaści przebiegały w sposób następujący: przed wstrzyknięciem insuliny i zaraz potem zachowywał się jak zawsze niespokojnie. Po 30—40 minutach pobudzenie psychoruchowe wzmagało się jeszcze bardziej; po godzinie uspakajał się, zasypiał, występowało pocenie się. W tym stanie przetrzymywano około 2 godzin o ile nie występowały drgawki. Zapaści drgawkowe zjawiały się niekiedy bez uprzedniego pocenia się, w 15—45 minut po uspokojeniu się pacjenta. Drgawki nosiły charakter ciężkiego napadu padaczkowego z wystąpieniem piany na ustach. Bezpośrednio przed drgawkami chory podniecał się psychoruchowo, gwizdał, krzyczał, musiał być trzymany przez

kilku pielęgniarzy. Zapaści przerywano dożylnem wstrzyknięciem 40% glukozy, poczem drgawki natychmiast ustępowały; chory budził się, zjadał z dużym apetytem śniadanie. Po śniadaniu na początku leczenia, zachowanie chorego stawało się znów niespokojnem.

Poprawa wystąpiła w drugiej połowie leczenia około VI zapaści. Pacjent w przerwach pomiędzy zastrzykami zachowuje się spokojnie, rozpoczyna pomagać pielęgniarzom w pracy. W czasie zastrzyków insuliny i po przerwaniu zapaści również zachowuje się spokojnie. Tylko przed wystąpieniem zapaści obserwowano, jak na początku leczenia, pobudzenie psychoruchowe, które ustępowało jednak natychmiast po wstrzyknięciu glukozy. Pacjent po odzyskaniu przytomności jest w pierwszej chwili jakby obudzony ze snu, wykazuje zdziwienie, że inni chorzy w czasie zapaści są niespokojni i zapytuje czy on też był tak samo niespokojny. Po śniadaniu zawsze spał 2—3 godziny.

Obecnie chory chętnie pomaga pielęgniarzom w pracy, zachowuje się spokojnie, jest lekko euforyczny, w stosunku do otoczenia uprzejmy, pogodny. Do przebytego cierpienia odnosi się krytycznie, uważa siebie obecnie za zupełnie zdrowego. Stan powyższy trwa nadal. Czy poprawę należy przypisać insulinie nie można stwierdzić, gdyż po pierwszem i drugiem zachorowaniu pacjent bez stosowania insuliny ulegał podobnym poprawom. (Tabl. III, przyp. 2).

K. S. Nr. hist. chor. 2273, lat 30, uczeń. Dziedzicznie nie obarczony. Poród i rozwój normalny. Poraz pierwszy wystąpiły objawy choroby umysłowej w 15 r. ż. W ciągu 6 tygodni był niespokojny, drażliwy, dużo mówił, zaniedbał się w nauce. W r. 1933 znowu stał się niespokojny, chodził do wszystkich lekarzy i do urzędów z „mieszanką witaminową" przyrządzoną przez siebie; wrogo usposobiony do rodziny, wielomówny, leczył się w szpitalu dla chorych umysłowo w Drewnicy. Po $2^1/_2$ miesiącach wypisał się jako zdrowy. W połowie marca b. r. zaprzestał uczyć się, twierdził, że jest polskim Edissonem, że poczynił „moc wynalazków", stał się wielomównym, niespokojnym. Do Kliniki przyjęty 28.III.36 r.

Wyraża urojenia ksobno-prześladowcze, agresywny, drażliwy. Żąda rozmaitych gatunków tytoniu, z których robi mieszankę, dania obiadowe miesza w rozmaity sposób, zbiera śmiecie, wielomówny, kwerulant, drażliwy.

1.IV.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną od 16 jedn. najwyższa dawka 104 jedn., pierwsza zapaść przy 80 jedn. W 20 zastrzykach otrzymał 1482 jedn. insuliny. Chory miał 13 zapaści „mokrych", w stanie niedocukrzenia przebył 25 godzin. W czasie kuracji stan psychiczny chorego nie uległ zmianie. Podnieca się psychochowo przed wystąpieniem objawów niedocukrzenia. W okresach zaś niedocukrzenia uspakaja się, obficie poci się.

Po ukończeniu leczenia jest bardziej zrównoważony, mniej drażliwy i wielomówny, obstaje przy swoich urojeniach, nadal gromadzi rozmaite śmiecie, robi różne mieszanki tytoniowe, uważa się za zdrowego, „dawniej też byłem zdrowy", „umieszczony zostałem z winy ojca". (Tabl. III, przyp. 3).

G. J. Nr. hist. chor. 2179, lat 23, student. Matka chorowała psychicznie, poród i rozwój prawidłowy, uczył się dobrze, przebył jakieś cierpienie żołądkowe oraz żółtaczkę. Zrównoważony, wesoły. Zachorował w maju 1934 r. Wystąpiły urojenia ksobno-prześladowcze. W okresie od 20.II do 8.IV.35 przeszedł leczenie insuliną, po którem stan psychiczny chorego uległ wybitnej poprawie (patrz Metodyka leczenia schizofrenji insuliną, Rocznik Psychjatryczny 1935 r.). Do sierpnia 1935 r. był według ojca zupełnie zdrów, potem stał się drażliwy wystąpiły uroje-

nia ksobno-prześladowcze, niespokojny, usiłował popełnić samobójstwo. Żądał od ojca, by stosowano mu ponownie leczenie insuliną.

Przyjęty do Kliniki 7.XII.35 r. Na oddziale odosabnia się, niczem się nie zajmuje, na pytania odpowiada niechętnie, zorjentowany w miejscu, czasie i otoczeniu. Wyraża urojenia, że ojciec i sąsiedzi czynili hałas, by mu dokuczyć.

Od 30.I.36 do 4.IV.36 r. przebył ponownie leczenie insuliną, dawka początkowa 32 jedn., dawka najwyższa 240 jedn. Pierwsza zapaść przy 160 jedn. insuliny. Ilość zapaści 13 w tem 6 drgawkowych. W 26 zastrzykach otrzymał 3784 jedn. insuliny. W stanie niedocukrzenia przebywał 24 godziny. Na wadze przybył $3^1/_2$ kg.

W okresie niedocukrzenia obserwowano u chorego obok innych objawów ptozę prawej powieki oraz wytrzeszcz gałek ocznych, drgawki występowały najpierw w kończynach prawej strony. W porównaniu do reakcji na insulinę podczas poprzedniego leczenia pacjent silniej pocił się. Pierwsza zapaść wystąpiła przy znacznie większej dawce (dawniej 92 j. obecnie 160 j.). Poprzednio pacjent reagował zapaściami, połączonemi z drgawkami, obecnie tylko w połowie były one połączone z drgawkami.

W pierwszych tygodniach leczenia insuliną stan psychiczny uległ wybitnej poprawie, pacjent bierze żywy udział w życiu klinicznem, przyjaźni się z innymi chorymi, urozmaica sobie czas graniem w szachy i czytaniem. Urojeń nie wyraża, do poprzednich jest krytycznie ustosunkowany, przeczy by miał omamy „słyszałem tylko głosy, które były w rzeczywistości, może tylko pod wpływem zdenerwowania czasami mnie się przysłyszało".

5.IV.36 r. wypisany z wybitną poprawą, która trwała jednak według doniesienia rodziny z dn. 3.VIII.36 r. tylko 2 tygodnie, poczem wystąpiły objawy chorobowe jak przed leczeniem insuliną. (Tabl. III, przyp. 4).

M. A. Nr. hist. chor. 2180, lat 22, robotnik. Kuzynka ze strony ojca chorowała psychicznie. Rodzice i rodzeństwo zdrowe. Poród i rozwój prawidłowe, nie chorował, uczył się dobrze, spokojny, towarzyski. W r. 1931 rozpoczął unikać towarzystwa, stał się wrażliwy, przestał się uczyć i czemkolwiek zajmować się. W marcu 1934 r. zamówił nekrologi o śmierci ojca, stał się podniecony, nazywał siebie artystą filmowym, twórcą języka łacińskiego, podawał, że urodził się przed 5000 laty, skarżył się na bóle głowy, źle sypiał, bywał agresywny, napastował przechodniów, krzyczał.

Do Kliniki przyjęty poraz pierwszy 5.III.34 r. na oddziale wielomówny, nazywał siebie artystą filmowym, mówił, że urodził się w Düsseldorfie, że 6 lat służył w armji hitlerowskiej, że Hitler jest jego bratem, że jest zdrów i że jest w Klinice dla utrzymania porządku, wyraża dużo urojeń fantastycznych, jak np. że pracował pod ziemią, gdzie przeprowadził centralne ogrzewanie i kanalizację. Zorjentowany dobrze w miejscu, czasie i otoczeniu. Po miesięcznym pobycie wypisany w stanie poprawy, która utrzymała się przez kilka dni, poczem chory stał się znowu dziwaczny, zaczepiał przechodniów, których chciał egzaminować z łaciny. Umieszczony ponownie w Klinice wykazuje objawy chorobowe podobne jak za pierwszym razem. Po 4 miesiącach pacjent został wypisany ponownie z poprawą. W ciągu 2—3 miesięcy zachowywał się w domu spokojnie, pomagał w pracy; w końcu 1934 r. zaczął bez żadnej widocznej przyczyny parskać śmiechem, w sklepie fałszował kwity i za uzyskane pieniądze kupował hebrajskie książki, których nie czytał, wobec rodziny wrogo nastawiony, bił ojca i matkę. Pisał podanie do Prezydenta, by wysłał mu pewne hebrajskie książki za pobraniem pocztowem. Poraz trzeci został przyjęty 7.XII.35 r. do Kliniki. Na oddziale rubaszny, opryskliwy, odpowiada tonem wyższości, zdawkowo „to moja rzecz, tak mi się podoba".

W kwietniu b. r. czyni wrażenie ospałego, z otoczeniem nie wchodzi w kontakt, na pytania odpowiada krótko, domaga się wypisania, uważa, że rodzice nie żyją, m. Lidę, gdzie mieszka, nazywa Glina, uważa się za zdrowego, za coś wyższego „jeśli chcecie wiedzieć kim jestem, proszę czytać moje książki", wymienia przytem kilka tytułów „Śpiew kanarejka, Agoda Pascha". Do pracy nie daje się nakłonić, nie dba o wygląd zewnętrzny.

17.IV.36 r. rozpoczęto leczenie insuliną, od 24 jedn. Najwyższa dawka 176 j. Pierwsza zapaść przy 96 j., ilość zapaści 12. W 21 zastrzykach otrzymał 2224 jedn. insuliny; w stanie niedocukrzenia przebył 29 godzin. Waga pozostała bez zmiany. Leczenie ukończono 6.VI.36 r. U chorego nie stwierdzono poprawy w stanie psychicznym. W czasie leczenia i po leczeniu stan psychiczny nie uległ zmiajedynie daje się chorego nakłonić do pracy na terenie szpitalnym, gdzie wykonuje nieskomplikowane czynności, kontakt w dalszym ciągu jest luźny. (Tabl. III przyp. 5).

Na podstawie obserwacji u wyżej przytoczonych pacjentów należy ponownie stwierdzić, że leczenie schizofrenji dużemi dawkami insuliny nie wywiera ujemnego wpływu na stan psychiczny lub fizyczny. Spadek wagi obserwowany u nielicznych chorych nie można przypisać stosowaniu insuliny, ponieważ wpływała ona na poprawę łaknienia u chorych. Nie stwierdziliśmy ani razu ubocznych działań insuliny w postaci zaników tłuszczowych, nacieczeń lub objawów posurowiczych, mimo długotrwałego stosowania jej w olbrzymich dawkach. Spotykaliśmy się jedynie ze skargami pacjentów na bóle zębów przy spożywaniu słodyczy, dlatego wskazane jest przed rozpoczęciem leczenia insuliną, zbadanie zębów i przeprowadzenie odpowiedniego leczenia. Przy leczeniu stosowano wyłącznie insulinę wyrobu P. Z. H.

Jako jedno z luźnych spostrzeżeń zwraca uwagę fakt, że u jednych chorych objawy zapaści występują już przy 56 jedn. u innych zaś potrzeba 376 jedn. do wywołania zapaści. Wytłumaczenie tego faktu wymagałoby głębszych badań, jednak na podstawie dotychczasowych obserwacji zauważono, że osobnicy wyczerpani, o niskiej wadze ciała, pobudliwi psychoruchowo reagują szybciej; chorzy zahamowani psychoruchowo, lepiej odżywieni, wymagają większej ilości insuliny. Również w przypadkach leczonych powtórnie insuliną występuje jakby większa tolerancja, gdyż dla wywołania zapaści zachodzi potrzeba użycia większej ilości insuliny niż za pierwszym razem.

Według relacji inteligentnych chorych leczenie to dla nich nie jest zbyt uciążliwem; uczucie głodu nie zawsze jest silne. Okres głodu szybko zamienia się w okres osłabienia, który przechodzi wkrótce w stan, o którym chory nic nie pamięta. Większa ilość chorych przed zapaścią podnieca się psychoruchowo, często są euforyczni. Objawy te występują ponownie na krótki czas po przerwaniu zapaści.

Tablica I.

Przypadki chroniczne.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Czas trwania choroby	Postać schizofrenji	Leczenie insuliną od — do	Dawka insuliny w jednostkach: Początkowa	Dawka insuliny w jednostkach: Najwyższa	Dawka insuliny w jednostkach: 1 zapaść przy	Ogólna ilość insuliny w jednostkach	Ilość zapaści: Śpiączkowych	Ilość zapaści: W tem drgawkowych	Ilość zastrzyków	Ilość godzin niedocukrzenia	Przyrost wagi w klg.	Stan psychiczny: Bezpośrednio po leczeniu	Stan psychiczny: W dniu wypisania z Kliniki	Stan psychiczny: W/g ostatniej wiadomości
1.	1429	M. K.	25	9 lat.	Katatonja	10. 2.36—25. 4.36	32	368	208	5858	14	1	28	28	+ 1/2	0	—	pwz. 0
2.	322	K. E.	21	8 „	„	21. 4.36—16. 6.36	24	120	40	1140	10	1	15	21	+ 1/2	0	—	pwz. 0
3.	2193	H. A.	28	2 „	„	19. 2.36— 9. 5.36	32	276	304	7210	13	5	31	27	+ 12	0	3.8.36 0	3.9.36 0
4	2292	G. S.	27	5 „	„	21. 4.36— 8. 6.36	24	200	112	1394	12	—	24	30	+ 2	0	—	pwz. 0
5.	1883	K. A.	27	8 „	„	26. 3.36—13. 5.36	40	152	120	2340	14	1	18	19	+ 6	0	—	pwz. 0
6.	1940	M. J.	29	7 „	„	24. 3.36— 8. 6.36	40	272	176	4242	12	2	23	22	—	0	—	pwz. 0
7.	232	M. E.	31	5 „	„	16. 4.36— 8. 6.36	16	104	80	1616	13	2	20	16	+2 1/2	0	—	pwz. 0
8.	1732	K. W.	23	4 „	„	1. 5.36—12. 6.36	24	96	88	1270	10	5	16	24	—	0	—	pwz. 0
9.	1623	P. W.	22	7 „	„	1. 4.36—26. 5.36	16	104	88	1584	13	—	19	24	+1 1/2	0	—	pwz. 0
10.	2260	M. E.	31	16 „	„	7. 4.36— 6. 6.36	24	96	56	1412	14	3	19	26	+1 1/2	0	—	pwz. 0
11.	2012	R. J.	17	2 „	„	24. 8.36—30. 5.36	40	288	264	5924	12	8	26	23	+ 5	+ +	25.6.36 ++	4.9.36 +
12.	2262	J. K.	33	6 „	hebefrenja	6. 5.36— 8. 6.36	24	56	56	778	12	1	15	26	+ 4	0	—	pwz. 0

Katatonję i hebefrenję należy rozumieć w ujęciu Kraepelina: postać ksobno-prześladowcza odznacza się wystąpieniem na pierwszy plan urojeń ksobnych i prześladowczych.

Objaśnienia: + + + = remisja; + + = znaczna poprawa; + = nieznaczna poprawa; 0 = bez zmian względnie recydywa; pwz. = pozostaje w zakładzie.

Tablica II.

Przypadki ostre.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Czas trwania choroby	Postać schizofrenji	Leczenie insuliną od — do	Dawka insaliny w jednost.			Ogólna ilość insuliny w jednostkach	Ilość zapaści		Ilość zastrzyków	Ilość godzin niedocukrzenia	Przyrost wagi w klg.	Stan psychiczny		
							Początkowa	Najwyższa	1 zapaść przy:		śpiączkowych	w tem drgawkowych				Bezpośr. po leczeniu	W dniu wypisania z Kliniki	Wg ostatniej wiadomości
1.	2215	L. G.	39	4 mies.	Katatonja	16.4.36—15.6.36	24	152	120	2240	12	9	23	15	—6	0	—	pwz. 0
2.	2151	Sz. B.	21	12 „	„	8.4.36—25.5.36	40	216	184	3464	12	2	21	18	+4½	+++	25.6.36 +++	8.8.36 +++
3.	2527	G. N.	25	10 „	„	13.6.36—28.7.36	24	88	80	1008	12	3	18	27	+3	+	—	pwz. +
4.	2287	G. N.	25	12 „	„	23.4.36—11.7.36	16	144	136	3644	12	12	39	16	+5	0	—	pwz. 0
5.	2271	K. M.	29	7 „	Ks. prześlad.	16.4.36—14.5.36	24	104	56	968	11	—	11	16	—	+++	9.6.36 +++	3.8.36 +++
6.	2229	K. M.	25	1 „	„	9.3.36— 1.5.36	32	304	140	3980	15	4	21	12	+4	+	9.8.36 +++	
7.	2272	J. S.	20	7 dni	„	1.4.36—24.4.36	16	152	136	1148	3	—	9	11	—	++	25.4.36 +++	4.8.36 +++
8.	2249	Z. W.	20	1 mies.	„	26.3.36— 9.5.36	40	176	88	2220	14	—	17	19	+9½	++	1.7.36 ++	4.8.36 +++
9.	2281	S. A.	23	12 „	„	16.4.36—12.6.36	16	176	128	2412	11	8	24	19	+3½	+	3.7.36 +	5.8.36 +
10.	2270	Cz. P.	28	7 dni	„	4.4.36—26.5.36	24	168	120	1855	12	—	21	22	+2½	0	11.7.36 0	3.8.36 0
11.	2308	B. J.	29	12 mies.	„	13.5.36— 7.7.36	24	264	144	4356	14	1	26	30	+2½	0	6.8.36 +	
12.	2276	B. Sz.	23	12 „	„	28.4.36— 2.7.36	24	288	248	5262	12	5	29	40	+4	+	13.8.36 ++	
13.	2333	W. J.	38	12 „	„	12.6.36—18.7.36	24	64	64	856	10	1	17	28	+1	0	—	pwz. 0
14.	2332	H. J.	41	12 „	„	2.7.36— 5.8.36	24	112	56	976	10	3	14	21	+1	0	—	pwz. 0

Objaśnienia: +++ = remisja
++ = znaczna poprawa
+ = nieznaczna poprawa
0 = bez zmian, względnie recydywa
pwz. = pozostaje w zakładzie

Katatonję należy rozumieć w ujęciu Kraepelina; postać zaś ksobno-prześladowcza odznacza się wystąpieniem na pierwszy plan urojeń ksobnych i prześladowczych.

Tablica III.

Przypadki chroniczne z remisjami.

L. p.	Nr. historji choroby	N. N.	Wiek	Czas trwania choroby	Postać schizofrenji	Leczenie insuliną od — do	Dawka insuliny w jednost.			Ogólna ilość insuliny w jednostkach	Ilość zapaści		Ilość zastrzyków	Ilość godzin niedocukrzenia	Przyrost wagi w klg.	Stan psychiczny		
							Początkowa	Najwyższa	1 zapaść przy:		Śpiączkowych	w tem drgawkowych				Bezpośr. po leczeniu	W dniu wypisania z Kliniki	Wg ostatniej wiadomości
1.	2189	L. M.	39	10 lat	Katatonja	22.4.36— 6.6.36	24	104	96	1448	12	1	16	16	—2	0	—	pwz. 0
2.	2260	S. W.	25	5 „	Ks. prześlad.	6.5.36— 8.6.36	24	80	56	752	10	5	13	12	+2½	+	15.9.36 ++	—
3.	2273	K. S.	31	15 „	„	1.4.36—30.6.36	16	104	80	1482	13	—	20	25	—	0	18.7.36 0	3.836 0
4.	2179	G. J.	23	2 „	„	30.1.36— 4.4.36	32	240	160	3784	13	6	26	24	+3½	+++	4.4.36 +++	3.836 0
5.	2180	M. A.	22	5 „	Urojeniowo fantastyczn.	17.4.36— 6.6.36	24	176	96	2224	12	—	21	29	—	0	16.9.36 0	—

Katatonję należy rozumieć w ujęciu Kraepelina; postać urojeniowo-fantastyczna cechuje się absolutnym brakiem urojeń ksobno-prześladowczych przy bogactwie urojeń fantastycznych. Postać ksobno-prześladowcza odznacza się wystąpieniem na pierwszy plan urojeń ksobnych i prześladowczych.

Objaśnienia:
+++ = remisja
++ = znaczna poprawa
+ = nieznaczna poprawa
0 = bez zmian względnie recydywa
pwz. = pozostaje w zakładzie.

Drgawki rozpoczynają się zwykle od kurczów mm. twarzy i to najczęściej po stronie prawej. Grymasy twarzy, ściąganie ust w kształt ryjka—jak przy ssaniu, być może są równoważnikami lub pierwszemi zwiastunami drgawek, w każdym razie należą do najczęstszych objawów przedzapaściowych. W kilku przypadkach drgawki przypominały raczej ruchy atetotyczne. Wytrzeszcz oczu oraz opadnięcie powiek (najczęściej prawostronne) należy do objawów rzadszych.

Często drgawki po odczekaniu samoistnie ustępują, by po $^1/_2$—1 godz. powtórzyć się w spotęgowanej formie. Po przerwaniu zapaści i spożyciu śniadania wszyscy pacjenci zasypiali na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu lub przynajmniej uspakajali się. Zapaści śpóźnionych tym razem nie było, bowiem każdy chory był dopilnowany, by spożył dostateczną ilość węglowodanów. Jeśli to napotykało na trudności ze strony chorych—wstrzykiwano profilaktycznie glukozę. Wszystkie zapaści przerywano dożylnem wprowadzeniem glukozy.

Przy leczeniu większej ilości chorych i przy doprowadzeniu ich do zapaści sposób ten jest naszem zdaniem lepszy od karmienia przez sondę, ostatni bowiem zabiera znacznie więcej czasu i jest trudniejszy u chorych podnieconych psychoruchowo. W przypadkach gdy zachodzi nagła potrzeba przerwania zapaści — wprowadzenie glukozy dożylnie jest bezkonkurencyjne (o ile pozwalają na to żyły).

Glukoza wprowadzona dożylnie przerywa natychmiast drgawki, pacjent nie wraca jednak odrazu do świadomości, co w/g Sakla jest pożądanem, jest on jeszcze zamroczony do czasu spożycia śniadania.

Wobec powyższego stosowanie glukozy dożylnie pozwala na doprowadzenie zapaści do najgłębszego stopnia co przy karmieniu sondą jest połączone z niebezpieczeństwem dla życia chorego, gdyż czas potrzebny do nakarmienia oraz proces wchłaniania przedłuża trwanie zapaści i tak już doprowadzonej do maksimum.

Przechodząc do omawiania wyników leczenia schizofrenji insuliną z przytoczonych tablic dadzą się wysnuć następujące spostrzeżenia: w tablicy 1-szej widzimy, że w przypadkach chronicznych próby leczenia insuliną nie dały wyniku; w przypadku 1 i 9 mimo dwukrotnego stosowania insuliny wynik leczenia pozostał ujemny. Na 12 przypadków leczonych w jednym tylko uzyskano znaczną poprawę (przyp. 11), która według ostatniego doniesienia cofnęła się; łącznie z 24 przypadkami chronicznemi (1 znaczna poprawa) opra-

cowanemi przez naszą klinikę poprzednio, uzyskaliśmy na 36 starych przypadków w chwili wypisania 2 znaczne poprawy.

Z tablicy 3-ej widzimy, że na 5 przypadków w jednym uzyskano w dniu wypisania znaczną poprawę, w drugim remisję (przyp. 2 i 4), należy jednak zaznaczyć, że przypadek drugi i przed leczeniem insuliną miał trzykrotnie samoistne remisje. W przypadku 4-tym pierwsza remisja wystąpiła po zastosowaniu insuliny i trwała 3 miesiące, obecna zaś remisja, również po zastosowaniu insuliny, trwała tylko 2 tygodnie, poczem nastąpił nawrót cierpienia. W przypadkach 1, 3 i 5 mimo leczenia insuliną nie uzyskaliśmy remisji, chociaż przed leczeniem insuliną występowały one samoistnie. Razem z 10 analog. przypadkami opracowanemi w poprzedniej pracy, uzyskaliśmy na 15 przypadków 3 znaczne poprawy i 1 remisję w dniu wypisania.

W przypadkach świeżych (tabl. II) na 14 chorych uzyskano bezpośrednio po leczeniu w 2-ch remisje (przyp. 2 i 5); w 2-ch znaczną poprawę (przyp. 7 i 8), w 4-ch nieznaczną poprawę (przyp. 3, 6, 9, 12) reszta przypadków pozostała bez wyniku (przyp. 1, 4, 10, 11, 13 i 14). W dniu wypisania z kliniki obie remisje się utrzymały (przyp. 2 i 5), nieznaczna poprawa (przyp. 6) i znaczna (przyp. 7) przeszły w remisje, jedna nieznaczna poprawa przeszła w znaczną (przypadek 12) i w jednym przypadku bez wyniku nastąpiła nieznaczna poprawa (przypadek 11). Zachowanie się tych przypadków wedle ostatnich wiadomości ilustruje tablica II.

Wraz z 26 przypadkami (znacznych popraw 3, remisji 6) poprzedniej pracy ilość znacznych popraw i remisji w dniu wypisania wynosi 37,5%, według wiadomości z ostatniego czasu 30%.

Z ogólnego zestawienia wszystkich 3-ch tablic wynika przedewszystkiem, że uzyskane wyniki nie stoją w związku ani z ilością zużytej insuliny, ani z ilością przebytych godzin w stanie niedocukrzenia, ani też z ilością przebytych zapaści.

Czy wyniki uzyskane stoją w związku z przeprowadzonem leczeniem nie możemy definitywnie orzec; jak pokazuje porównanie— ilość remisji w przypadkach świeżych, leczonych insuliną, jest większa niż w nieleczonych, ilość zaś znacznych popraw jest mniejsza. Natomiast suma remisji i znacznych popraw w przypadkach leczonych i nieleczonych jest prawie ta sama. Jest to bardzo ważne, skoro się zwróci uwagę na duże nieraz trudności w odróżnianiu remisji od znacznych popraw. Dość często bowiem ocena ta jest subjektywną i w wielu wypadkach opinja kilku psychjatrów nie wypadłaby zgodnie,

Pozatem ocena stanu zdrowia chorych nieleczonych insuliną odbywała się tylko na podstawie dawniejszych historji chorób, podczas gdy chorzy leczeni byli oceniani na podstawie osobistej obserwacji.

Poniżej podana tablica IV uwzględnia rezultaty leczenia insuliną na dotychczasowym materjale naszej kliniki (91 przypad.) i daje porównanie wyników w przypadkach leczonych i nieleczonych.

Tablica Nr. IV.

Przypadki leczone insuliną	Ilość	Ilość remisji i znaczn. popraw gdyby insulina nie działała leczniczo.			Ilość remisji i znaczn. popraw u chorych leczonych insuliną w dniu wypisania.		
		remisje	zn. poprawy	razem	remisje	zn. poprawy	razem
Przypadki świeże	40	6,6	7,7	14,3	10	5	15
Przyp. chron. bez remisji	36	0	0	0	0	2	2
Przyp. chron. z remisjami	15	0	5	5	1	3	4

Za dodatnie strony insuliny należy uważać jej własności uspakajające u chorych pobudzonych psychoruchowo i działanie wstrząsorodne, pozwalające na przerwanie stuporu, tudzież fakt, że przeważna ilość chorych przybiera wybitnie na wadze.

W ostatnim czasie przeprowadzony wywiad pouczył nas, że poprawy, które wystąpiły zaraz po leczeniu ulegały nieraz dalszym poprawom, czasem jednak pogorszeniu; zdarza się jednak, że chorzy wypisani bez poprawy po kilku tygodniach lub miesiącach ulegają poprawom a nieraz nawet remisjom; dlatego dla ścisłej oceny, koniecznem jest podawać nietylko wynik uzyskany w czasie leczenia lub bezpośrednio po niem, lecz także dalszy przebieg, stopień i czas trwania osiągniętego wyniku, jak to czynimy w pracach naszej kliniki.

Ujemnego działania insuliny przy schizofrenji w naszej klinice nie stwierdzono. Przy prowadzeniu leczenia u 91 chorych mieliśmy 1087 zapaści, przyczem nie było ani jednego zejścia śmiertelnego lub poważniejszych powikłań.

Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Wilnie
(Dyrektor Prof. Dr. *Maksymiljan Rose).*

DOTYCHCZASOWE WYNIKI LECZENIA SCHIZOFRENJI INSULINĄ W KLINICE CHORÓB NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH U. S. B. W WILNIE.

podał

DR. ALEKSANDER RUTKOWSKI

Doniesienie niniejsze nawiązuje do poprzednich prac, ogłoszonych z naszej Kliniki [1]) i dotyczy dalszych 29 przypadków schizofrenji, poddanych leczeniu dużymi dawkami insuliny.

Ponieważ przytoczenie historji chorób tych 29 przypadków zajęłoby zbyt sporo miejsca, ograniczam się do sumarycznego zestawienia ich na załączonych tablicach, w których podział na przypadki świeże i stare dokonany jest według segregacji, podanej w poprzednich naszych pracach. (Każdy przypadek oznaczony jest liczbą historji choroby).

A zatem, tablice I i II przedstawiają 16 przypadków świeżych, leczonych insuliną. Z liczby tej 11 przypadków dotyczy chorych, u których psychoza wystąpiła po raz pierwszy i trwa bez żadnej poprawy mniej niż rok (tabl. I) oraz 5 przypadków, które przebyły już dawniej (przed 2 — 12 laty), psychozę schizofreniczną i po okresie zupełnej remisji zachorowały ponownie, przyczym choroba obecna nie trwa dłużej niż rok (tabl. II).

---

[1]) L. Baranowski. J. Borysowicz, M. Marzyński, A. Ossendowski, J. Paradowski, St. Witek: Metodyka leczenia schizofrenji insuliną. Roczn. Psych. 1935 XXV.

2) J. Rose: Zachowanie się cukru we krwi w przebiegu leczenia schizofrenji insuliną. Roczn. Psych. 1935 XXV.

3) J. Borysowicz, J. Paradowski, J. Rose, St. Witek, W. Zalewski: Leczenie schizofrenji dużymi dawkami insuliny.

4) J. Borysowicz i M. Marzyński: Dalsze spostrzeżenia przy leczeniu schizofrenji dużymi dawkami insuliny.

W tych 16 świeżych przypadkach uzyskaliśmy — biorąc pod uwagę stan w dniu wypisania tych chorych z Kliniki — 4 remisje, jedną znaczną poprawę i jedną nieznaczną poprawę. 2 remisje wystąpiły zaraz po leczeniu insuliną (przyp. 8 tabl. I i przyp. 1 Tabl. II), 2 zaś remisje zjawiły się dopiero w 6 — 8 tygodni po ukończeniu leczenia (przyp. 1 tabl. I i przyp. 4 tabl. 2). Znaczna poprawa (przyp. 6 tabl. I) wystąpiła w 5 tygodni po ukończeniu leczenia, bezpośrednio po którym, zaznaczyła się ona tylko poprawą nieznaczną. Co do trwałości tych dodatnich wyników, to mamy wiadomości, że 2 remisje utrzymują się dotąd (przyp. 1 tabl. I i przyp. 4 tabl. II), o 2 innych remisjach, uzyskanych w dniu wypisania — wiadomości nie otrzymaliśmy (przyp. 8 tabl. I i przyp. 1 tabl. II). Jedna znaczna poprawa osiągnięta w przypadku 6 tabl. I, utrzymuje się dotychczas. Nieznaczna poprawa w przypadku 5 tabl. II, według ostatniej wiadomości cofnęła się. W 2 przypadkach wypisanych bez poprawy przyszło w jednym z nich do znacznej poprawy w $1^1/_2$ miesiąca po ukończeniu leczenia (przyp. 9 tabl. I), w drugim zaś do poprawy nieznacznej w parę tygodni po wypisaniu (przyp. 3 tabl. I).

Zejście śmiertelne w 1-ym przypadku (przyp. 5 tabl. I) nastąpiło na skutek zgorzeli płuc, której nie można przyczynowo wiązać z przebytem leczeniem insulinowem, albowiem pierwsze objawy płucne wystąpiły u chorej dopiero w miesiąc po ukończeniu tego leczenia.

Tablice III i IV przedstawiają 13 przypadków starych, a mianowicie 10 przypadków, w których schizofrenja trwa bez żadnej poprawy od $1^1/_4$ do 8 lat (tabl. III) oraz 3 przypadków, w których choroba trwa od 5 do 8 lat, jednak w przebiegu jej zdarzały się samoistne poprawy, trwające od 1 miesięca do 4 lat (tabl. IV).

Na 13 tych starych przypadków, nie otrzymaliśmy ani jednej remisji, ani też znacznej poprawy. W jednym tylko przypadku (tabl. III przyp. 8) obserwowaliśmy nieznaczną poprawę, która po jednomiesięcznym trwaniu cofnęła się.

Wyniki moje zatem, tak w przypadkach świeżych, jak i starych, pokrywają się z wynikami cytowanymi w poprzednich naszych pracach.

O ile bowiem w starych przypadkach schizofrenji, rezultat leczenia insulinowego jest równy zeru, otyle w świeżych przypadkach (16) ilość uzyskanych remisji i znacznych popraw (razem wziętych) wynosi liczbę 5, co po procentowym przeliczeniu daje 31.2%, a więc o kilka zaledwie procent mniej, niż to było w przypadkach świeżych poprzednio ogłoszonych (35 — 36%).

Tabli

L. p.	N. N.	Nr. historji choroby	Wiek	Choruje miesięcy	Leczenie insuliną trwało od — do	Liczba zastrzyknięć	Dawki insuliny w jednostkach		
							Maksymalna	1-sza zapaść przy:	Ogólna ilość insuliny
1.	S. M.	2224	23	2	5. 3.36 — 24. 4.36	23	130	108	2330
2.	W. U.	2211	24	3	5. 3.36 — 24. 4.36	24	130	80	2450
3.	M. M.	2295	22	3	1. 7.36 — 3. 8.36	14	80	50	865
4.	D. M.	2221	29	3	5. 3.36 — 10. 4.36	18	60	40	940
					9. 5.36 — 5. 6.36	12	100	80	1150
5.	J. J.	2225	32	3	27. 4.36 — 2. 6.36	16	220	140	2450
6.	P. C.	2162	24	4	5. 3.36 — 24. 4.36	24	160	40	1780
7.	L. Z.	2291	23	4	3. 5.36 — 12. 6.36	16	200	120	2320
8.	R. A.	2235	24	5	29. 4.36 — 2. 6.36	15	140	100	1780
9.	K. Z.	2314	33	9	5. 6.36 — 13. 7.36	14	110	70	1105
10.	N. A.	2294	29	10	12. 6.36 — 22. 7.36	16	160	70	1770
11.	G. T.	2154	29	12	27. 4.36 — 4. 6.36	17	200	140	2510

Objaśnienia: +++ = remisja
++ = znaczna poprawa
+ = mała poprawa
0 = bez zmian, względnie recydywa
pwz. = przebywa dotychczas w zakładzie.

Tabli

L. p.	N. N.	Nr. historji choroby	Wiek	Choruje po raz:	Poprzednie psychozy:		Obecnie chor. mies.	Leczenie insuliną trwało od — do	Liczba zastrzyknięć
					Przed laty:	Trwały			
1.	C. N.	2274	20	2	3	2 tyg.	2	27. 4.36 — 4. 6.36	17
2.	B. A.	2226	30	2	2	1 mies.	4	27. 4.36 — 2. 6.36	16
3.	T. P.	2299	28	2	12	2 mies.	4	22. 6.36 — 27. 7.36	14
4.	K. J.	2298	26	2	3	3 mies.	8	6. 7.36 — 10. 8.36	15
5.	G. F.	2256	34	2	3	kilka tyg.	9	23. 4.36 — 2. 6.36	18

Objaśnienia jak w tabl. I.

ca I.

Liczba zapaści		Liczba godz. niedoc.	Stan psychiczny po leczeniu insuliną					Waga ciała w kg.	Uwagi
śpiączkow.	w tem drgaw.		Zaraz	W dniu wypisania z kliniki		W/g ostatniej wiadomości			
15	—	26	+	30.9.36	+++	12.10.36	+++	$+2^1/_2$	+++ zaznaczyła się w 6 tyg. po ukończ. lecz.
15	—	30	0	—		pwz.	0	+5	
12	6	16	0	11.9.36	0	10.10.36	+	+2	+ zaznaczyła się w 3 — 4 tyg. po wypisaniu
15	—	22	0	19.6.36	0	—		+1	
12	8	14	0	14.7.36	0	9.10.36	0	$+1^1/_2$	
13	—	21	0	—		—		—3	17.8.36 zmarła na zgorzel płuc
15	—	22	+	19.6.36	++	10.10.36	++	$+8^1/_2$	++zazn. się w 5 t. po uk. lecz.
12	7	17	0	22.9.36	0	12.10.36	0		
12	12	21	+++	18.6.36	+++	brak wiadom.		+4	
12	—	21	0	31.7.36	0	12.10.36	++	—2	++ zaznaczyła się w $1^1/_2$ mies. po ukończ. lecz.
12	3	31	0	—		pwz.	0	+3.3	
12	—	25	0	14.9.36	0	12.10.36	0	+3	

ca II.

Dawki insuliny w jedn.			Liczba zapaści		Liczba godzin niedoc.	Stan psychiczny po leczeniu insuliną					Waga ciała w kg.	Uwagi
Maksymalna	1. zapaść przy	Og. ilość insul.	śpiączkow.	w tem drgaw.		Zaraz	W dniu wypisania z kliniki		W/g ostatniej wiadomości			
200	140	2570	12	—	20	+++	28. 6.36	+++	brak wiad.		$+5^1/_2$	
100	80	1480	14	14	22	0	—		pwz.	0	$+5^1/_2$	
240	240	1830	1	—	24	0	29. 8.36	0	brak wiad.		—	
110	80	1260	12	—	24	+	14.10.36	+++	17.10.36	+++	+3	+++ zazn. się w 8 tyg. po ukoń-leczenia
200	140	2580	12	3	28	+	9. 6.36	+	12.10.36	0	+3	

Tabli

L. p.	N. N.	Nr. historji choroby	Wiek	Choruje lat	Leczenie insuliną trwało od — do	Liczba zastrzyknięć	Dawki insuliny w jednostkach: Maksymalna	1 zapaść przy	Ogólna ilość insuliny
1.	K. A.	2277	25	$1^1/_4$	12. 6.36—10. 8.36	24	280	110	3820
2.	G. Ch.	2240	50	5	20. 4.36— 5. 6.36	21	230	180	3580
3.	P. M.	1197	28	5	12. 6.36—16. 7.36	15	100	70	1210
4.	G. A.	1411	42	6	29. 4.36— 4. 6.36	16	160	120	2090
5.	S. J.	2227	26	6	5. 3.36—15. 4.36	19	110	48	1269
6.	St. J.	1023	32	6	12. 6.36—19. 8.36	26	280	200	4860
7.	R. Z.	2248	28	7	29. 4.36—18. 6.36	20	280	180	3640
8.	G. J.	2233	28	7	26. 3.36— 2. 6.36	28	200	180	4180
9.	M. L.	454	34	8	3. 5.36—20. 6.36	19	240	170	3260
10.	B. M.	1629	38	8	12. 6.36—17. 8.36	26	270	30	4660

Objaśnienia jak w tabl. I.

Tabli

L. p.	N. N.	Nr. historji choroby	Wiek	Choruje lat	Samoistne poprawy przed leczeniem insuliną: były	trwały	Ostatnie zaostrzenie trwa:	Leczenie insuliną trwało od — do
1.	K. Z.	2317	22	5	1	4 lata +	6 mies.	3. 7.36— 7. 8.36
2.	C. M.	1723	38	8	2	3 mies. ++ 1 mies. +	$2^1/_2$ lat.	12. 6.36—17. 7.36
3.	B. H.	2252	26	8	2	6 mies. ++ 6 mies. +	4 lat.	15. 4.36— 4. 6.36

Objaśnienia jak w tabl. I.

ca III.

Liczba zapaści		Liczba godzin niedocukrzenia	Stan psychiczny po leczeniu insuliną			Waga ciała w klg.	Uwagi
Śpiączkowych	W tem drgawkow.		Zaraz.	W dniu wypisania z Kliniki	W-g ostatniej wiadomości		
12	—	47	0	—	pwz. 0	+3½	
13	—	36	0	—	pwz. 0	+0,2	
12	5	22	0	—	pwz. 0	+1½	
14	—	34	0	—	pwz. 0	—2	
15	—	21	0	24.4.36 0	brak wiadom.	+8	
12	10	41	0	4.9.36 0	„	+½	
12	2	40	0	24.6.36 0	„	+2	
17	10	39	+	3.6.36 +	5.10.36 0	+3	
12	1	38	0	—	pwz. 0	+2,6	
12	—	54	0	—	pwz. 0	+4	

ca IV.

Liczba zastrzyknięć	Dawki insuliny w jednostkach			Liczba zapaści		Liczba godzin ciężkiego niedocukrzenia	Stan psychiczny po leczeniu insuliną			Waga ciała w klg.
	Maksymalna	1 zapaść przy:	Ogólna ilość insuliny	Śpiączkow.	W tem drgawkow.		Zaraz	W dniu wypisania z Kliniki	W-g ostatniej wiadomości	
15	120	60	1240	12	7	17	0	—	pwz. 0	+½
15	90	70	1120	12	12	21	0	—	pwz. 0	+2
22	240	180	3460	12	5	19	0	15.9.36 0	brak wiadom.	+4½

Być może ta mała różnica procentowa tłumaczy się tą okolicznością, że materjał poprzednich prac składał się zarówno z mężczyzn jak i z kobiet, natomiast wszystkie obecne przypadki (16) składają się wyłącznie z kobiet, u których — jak wynika z dotychczasowych naszych obserwacji — liczba korzystnych wyników po leczeniu insulinowym, jest stale odsetkowo mniejsza, niż u mężczyzn.

Czy jest to zwykłym przypadkiem, czy też chodzić tu może o mniejszą podatność kobiet na leczenie insulinowe — na razie rozstrzygnąć nie możemy. Za to drugą możliwością przemawiałoby spostrzeżenie *Sakla*, który również po leczeniu insuliną otrzymywał o wiele lepsze rezultaty u mężczyzn, aniżeli u kobiet i to zarówno w świeżych, jak i starych przypadkach.

Zestawiając moich 29 przypadków z 91 przypadkami, poprzednio ogłoszonymi, otrzymujemy łącznie 120 przypadków schizofrenji, które w naszej klinice przebyły leczenie insulinowe.

Wiadomem jest, że terapia insulinowa znajduje się jeszcze w stadium prób i w arsenale środków leczniczych w schizofrenji, nie zdobyła sobie jeszcze prawa obywatelstwa. Materjał więc tak znaczny (jakim napewno żaden inny u nas w Polsce Zakład nie rozporządza), daje nam możność pogłębienia naszego sądu odnośnie do najważniejszego zagadnienia t. j. oceny wartości leczniczej terapji insulinowej. Ocena ta na podstawie moich przypadków pokrywa się w zupełności z wnioskami poprzednich prac naszej Kliniki.

Jak z prac tych wynika, za probież skuteczności leczenia insuliną przyjęliśmy porównanie odsetek remisji i znacznych popraw, jakie obserwowaliśmy w przypadkach nieleczonych insuliną z odsetkiem remisji i znacznych popraw przypadków, które poddaliśmy leczeniu insulinowemu.

Porównanie tych wyników w obu wypadkach zostało dokonane w dniu wypisania chorych z Kliniki. Jest to termin coprawda nieco dowolny, jednakże nadaje się najbardziej do przystępnego liczebnego ujęcia obserwowanych wyników dodatnich w przypadkach nieleczonych i leczonych insuliną.

Te porównawcze obliczenia przedstawione zostały na osobnej tabelce, która obecnie po dołączeniu moich 29 przypadków przedstawiać się będzie następująco:

Przypadki leczone insuliną	Liczba	Gdyby insulina nie działała leczniczo powinno być (w dniu wypisania)			Po leczeniu obserwowano w dniu wypisania z Kliniki			Uwagi
		Remis.	Znaczna popr.	Razem	Remis.	Znaczna popr.	Razem	
Przypadki świeże (schiz. trwa mniej niż rok bez poprawy)	56	9,3	10,8	20,1	12	7	19	[1]) Według ostatniej wiadomości remisja ta cofnęła się.
Przypadki stare (schiz. trwa więcej niż rok bez poprawy)	46	0	0	0	0	2	2	[2]) Według ostatniej wiadomości stan we wszystkich 3 przypadkach pogorszył się (jeden z tych pacjentów wrócił do zakładu).
Przypadki stare (schiz. trwa więcej niż rok, dawała poprawy). . . .	18	0	6	6	1[1])	3[2])	4	

Tabelka ta potwierdza zatem jeszcze raz, że procent uzyskanych remisji i znacznych popraw zarówno w przypadkach leczonych insuliną jak i nieleczonych jest prawie ten sam. Zaznaczyć musimy, że używając określenia „przypadki nieleczone" mamy na myśli tylko te, które nie były leczone insuliną. Nie znaczy to jednak, że nie były one wcale leczone np. malarją, nucleiną, pyriferem itp. Zasługuje jednak na uwagę fakt — podniesiony w poprzednich naszych pracach a widoczny też i z powyższej tabelki, — że w świeżych przypadkach leczonych insuliną ilość remisji jest większa niż w przypadkach nieleczonych. Co do znacznych popraw sprawa ma się odwrotnie. Wymaga to jednak jeszcze dalszych obserwacji na większym materjale.

Jak widać z naszych tablic ilość zapaści u poszczególnych chorych waha się przeciętnie od 12 do 17, ilość zaś godzin hypoglykemicznych od 16 do 54.

Ta znaczna rozpiętość godzin niedocukrzenia nasuwała nam przypuszczenie, że gorsze wyniki, jakie otrzymaliśmy w porównaniu z wynikami *Sakla*, być może zależą od tego, że stosowaliśmy za małą liczbę zapaści i godzin hypoglykemicznych.

Przekonaliśmy się jednak niejednokrotnie, że w niektórych przypadkach przy małej ilości godzin hypoglykemicznych, występowała remisja wzgl. znaczna poprawa (jak np. w przyp. 8 tab. I i w przyp. 1 tab. II) a w innych pomimo zastosowania znacznie większej ilości godzin niedocukrzenia (jak np. w przyp. 1 i 10 tabl. III) nie otrzymaliśmy żadnej poprawy. To samo da się też zauwa-

żyć w tablicach prac poprzednich, gdzie również wielokrotnie otrzymywaliśmy korzystne wyniki przy małej ilości godzin niedocukrzenia, zaś przy dużych ich ilości rezultat był ujemny.

Te nasze spostrzeżenia przemawiają więc za tem, że zbyt duża ilość godzin hypoglykemicznych nie jest potrzebna dla osiągnięcia korzystnych wyników leczenia. Potwierdzeniem tego byłyby także przypadki *Sakla*, ogłoszone, zanim zaczął on stosować insulinę raz dziennie na czczo, wzorem naszej Kliniki. Jest bowiem rzeczą zrozumiałą, że stosując wówczas insulinę 3 razy dziennie i karmiąc równocześnie chorych obficie węglowodanami, nie mógł on — przy liczbie zapaści 12 do 15 (a więc takiej jak u nas) — osiągać zbyt dużych liczb godzin hypoglykemicznych.

Zresztą jeżeliby uczynić nam zarzut, że w pewnych przypadkach stosowaliśmy za mało godzin hypoglykemicznych, to zarzut ten będzie tak długo mało znaczącym, dopóki nie zostanie poparty tak ścisłymi danymi, jak to czyni nasza Klinika, która podaje dokładnie ilość tych godzin z tem jeszcze zastrzeżeniem, że godzinę hypoglykemiczną zaczyna liczyć nie od chwili zastrzyku insuliny lecz od wystąpienia wyraźnych objawów niedocukrzenia.

Uważamy dalej, że zbytnie przeciąganie stanów niedocukrzenia względnie zapaści, sprowadzić może zejście śmiertelne, co stwierdził *J. Rose* na królikach. Z doświadczeń tych zdaje się wynikać, że organizm w pewnej chwili traci zdolność do wyrównania stanów silnej hypoglykemji, a chwili tej ani przewidzieć ani ściśle określić nie można. Tak tłumaczyć należy przypadki śmierci u *Sakla*.

W końcu jeżeli się zważy, że ostre schizofrenje, wedle obliczeń naszej Kliniki, w około 35% bez specjalnego leczenia ulegają samoistnym poprawom i remisjom, to zbytnie przeciąganie zapaści, zagrażające życiu, uważać należy za błąd.

Na podstawie więc dotychczasowych obserwacji nie możemy wypowiedzieć się za zależnością popraw i remisji od dużej liczby godzin niedocukrzenia. Mimo to jednak staramy się obecnie u naszych chorych stosować większą ilość godzin hypoglykemicznych i zapaści.

Pamiętać jednak należy, że nie w każdym przypadku mamy możność dojścia do ekscesywnie dużej ilości godzin niedocukrzenia. Obok bowiem przeszkód takich, jak organiczne schorzenia narządów wewnętrznych w szczególności serca, możemy się spotkać z tego rodzaju reakcjami na stany niedocukrzenia, które zmuszają nas do ich przerwania. Należą tu w pierwszym rzędzie zapaście drgawkowe, których jako niebezpiecznych dla życia, nie możemy sobie

lekceważyć i które w przeważającej ilości wypadków zmuszają nas do natychmiastowego ich zlikwidowania za pomocą dożylnego wlania glukozy.

Nigdy nie możemy zgóry przewidzieć, jak dany chory zareaguje na stan niedocukrzenia i czy najwyższy jego stopień objawi się zapaścią śpięczkową czy też drgawkową i czy ta ostatnia może sama ustąpić bez naszej interwencji. Z tego co powiedzieliśmy wyżej, jasną jest rzeczą, że w zapaściach śpiączkowych, jako mniej niebezpiecznych możemy dłużej przetrzymać chorego, a tem samem uzyskać większą ilość godzin niedocukrzenia niż w zapaściach drgawkowych, chyba, że objawy drgawkowe są minimalne i wskutek tego pozwalają również na zajęcie stanowiska wyczekującego, a przez to także na zwiększenie czasokresu hypoglykemji.

Istotnie z tablic naszych wynika, że ci chorzy, którzy reagowali zapaścią śpiączkową, mają naogół ilość godzin hypoglykemicznych większą (nie mniej niż 20) niż ci, u których były one drgawkowe. W 2 przypadkach (przyp. 6 i 8 tabl. III) objawy drgawkowe były tak słabo wyrażone, że udało się dojść do 39 — 41 godzin niedocukrzenia.

O ile więc chodzi o przypadki świeże, to stosujemy w nich insulinę zawsze z wielką ostrożnością i lękiem o życie chorego, pamiętając, że w około 35% bez specjalnej interwencji występują samoistne poprawy i remisje. Mimo to dochodziliśmy i w tych przypadkach z reguły do 12 — 15 zapaści.

Jeżeli zaś chodzi o przypadki chroniczne, to ze zrozumiałych powodów staramy się w miarę możności dojść do jak największej liczby godzin hypoglykemicznych, sięgającej do 54 godzin (przyp. 10 tabl. III). Mimo to na 64 takich przypadków, obserwowaliśmy zaledwie 2 znaczne poprawy, które w/g ostatnich wiadomości utrzymują się dotychczas, reszta bowiem wyników korzystnych, podawanych w dniu wypisania tych chorych w postaci jednej remisji i 3 znacznych popraw, była krótkotrwała.

To upoważnia nas jeszcze raz do stwierdzenia, że wyniki *Sakla*, tyczące przypadków starych, a wyrażające się uzyskaniem 47,8% remisji ze zdolnością do pracy zawodowej, z tej liczby 19% remisji pełnej, są niezgodne z naszymi wynikami, ponieważ w analogicznych przypadkach otrzymaliśmy znikomy procent popraw przy stosowaniu miernych, średnich i bardzo dużych ilości godzin hypoglykemicznych. Zauważyć przytym należy, że ze wspomnianych 2 znacznych popraw, jedna wystąpiła po zastosowaniu 40 godzin

hypoglykemicznych, druga zaś już po 19 godzinach hypoglykemicznych, przy prawie jednakowej ilości zapaści (12 i 13).

Insulina jest niewątpliwie doskonałym środkiem wstrząsorodnym i przy ostrożnem stosowaniu nieszkodliwym. W stanach podniecenia uspokaja, może w stopniu silniejszym, niż to czynią inne wstrząsorodne czynniki, przerywa stupory, przeważnie na kilka godzin (czasem nawet dni) i pozwala w tym czasie nawiązać kontakt z chorym. Wreszcie zwiększa przeważnie wagę chorego i poprawia jego ogólny stan fizyczny. Jej wartość leczniczą w świeżych przypadkach schizofrenji ocenić będzie można definitywnie po zbadaniu jeszcze większej ilości chorych, przy możliwie największej liczbie zapaści i godzin niedocukrzenia.

Z kliniki psychjatrycznej Uniw. J. Piłsudskiego
(Kierownik Prof. *Jan Mazurkiewicz*).

DOŚWIADCZENIA I DOTYCHCZASOWE WYNIKI LECZENIA INSULINĄ CHORÓB PSYCHICZNYCH

DONIESIENIE I.

podali

G. BYCHOWSKI, M. KACZYŃSKI, C. KONOPKA, K. SZCZYTT[1]).

Doświadczenia, któremi pragniemy podzielić się tutaj, obejmują niewielki jeszcze okres czasu, gdyż zaledwie 3 miesiące. Jeśli mimo to pozwalamy sobie wystąpić z naszemi wynikami, to czynimy to z jednej strony w pełnem przeświadczeniu ich niedoskonałości a nawet, powiedziałbym, pewnej prowizoryczności, z drugiej jednak strony wydaje się nam, że zasługują one na uwagę, tembardziej że w piśmiennictwie naszem sprawa ta ze stanowiska klinicznego omawiana była dopiero raz jeden [2]).

Ze względu na jednoczesne badania kolegi *Frostiga* (i współpracowników), z którymi omawialiśmy wspólnie szereg zagadnień, nie będziemy tutaj poruszali z jednakową szczegółowością niektórych interesujących nas momentów, pozostawiając dokładniejsze ich omówienie kol. *Frostigowi*.

Rozpoczynamy od metody. Metodę stosujemy taką, z jaką jeden z nas zapoznał się w czasie swego pobytu na klinice wiedeńskiej w lutym r. b. i jaką obecnie stosuje jej twórca, *Sakel*. Odbiega ona od metody podanej pierwotnie i opisanej w jego monografji,[3]) jest niewątpliwie prostsza i łatwiejsza w stosowaniu. Insulinę poda-

---

[1]) Podług odczytu z pokazami chorych w Warsz. Towarz. Psychjatrycznem z dnia 3. VI 1936 r.

[2]) L. Baranowski, J. Borysowicz, M. Marzyński, A. Ossendowski, J. Paradowski, St. Witek. Metodyka leczenia schizofrenji insuliną. Roczn. Psych. 1935.

[3]) Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Wiedeń i Lipsk. Moritz Perles. 1935.

jemy zasadniczo raz dziennie naczczo, a więc wczesnym rankiem. Sposób podania jest przeważnie podskórny, nie mogliśmy się przekonać o zaletach podawania domięśniowego, stosowanego przez *Sakla* [1]).

Dawkowanie rozpoczynamy zasadniczo od 20 jednostek, wyjąwszy przypadki o odżywieniu wyraźnie upośledzonem, słabem, wyniszczonem, w których rozpoczynamy od 10 jednostek. Dalsze podnoszenie dawki zależy od spostrzeżeń, jakie możemy poczynić na naszych chorych i od celu, do jakiego dążymy. Rzecz prosta że, o ile nie otrzymujemy żadnego efektu przy dawce początkowej, to podwyższamy ją stale aż do chwili wystąpienia objawów hypoglikemicznych. Przeważnie podwyższamy o 10 jednostek, w rzadkich przypadkach może mieć znaczenie już różnica o połowę mniejsza.

Pierwsze objawy niedocukrzenia czyli hypoglikemji interesują nas nietylko jako etap przejściowy, ale i same przez się, gdyż— w przeciwieństwie do *Sakla* — poprzestajemy na nich w pewnych przypadkach, nie posuwając się dalej. Widzimy więc tu nagłe zaczerwienienie lub zblednięcie twarzy, przyśpieszenie tętna, silne kołatanie serca, połączone nierzadko z bólem na mostku i w okolicy serca. Występuje dalej drżenie rąk, uderzenia krwi do głowy i — sięgające nieraz dużych rozmiarów—pocenie się, obejmujące całą powierzchnię skóry. Pod względem psychicznym możemy zauważyć niepokój, czasem lęk, pozatem chory skarży się niekiedy na uczucie głodu, nieraz bardzo silne (t. zw. wilczy apetyt).

Wszystkie wymienione tutaj objawy somatyczne niedocukrzenia należą do rzędu wegetatywnych i nie różnią się niczem od objawów, znanych skądinąd z kliniki cukrzycy i insulinoterapji. Przy stosowaniu leczenia insuliną u chorych psychicznie różnica polegać może, rzecz prosta, na tem, że do objawów objektywnych chorzy mogą wcale się nie przyznać, inni natomiast mogą je ponad miarę wyolbrzymić.

U niektórych chorych spostrzegamy zamiast niepokoju uspokojenie, które wyraźnie odczuwają a także proces psychiczny, który sami chorzy określają jako przejaśnienie. Zjawisko to, trudne do bliższego zanalizowania, polega, jak się zdaje, na tem, że na skutek znacznego uspokojenia wewnętrznego, procesy myślowe przebiegają jakgdyby z większą jasnością, są w mniejszym stopniu zamącone przez domieszki afektywne, jak lęk i niepokój. Na skutek, czy też

---

[1]) Firma „Leo" dała do naszej dyspozycji pewną ilość insuliny gratis, czem ułatwiła nam zadanie.

w każdym razie w związku z tem uspokojeniem wewnętrznem, w pewnych przypadkach nastrój zmienia się niekiedy w kierunku pewnej euforji—zwłaszcza, jeśli uprzednio był lękowo-depresyjny. Zmniejsza się dalej nasilenie omamów i—co w niektórych przypadkach występuje szczególnie jaskrawo — poprawy doznaje *kontakt psychiczny z otoczeniem*, zdolność przeniesienia (w sensie psychoanalitycznym), a tem samem dostępność.

Spostrzegane przez nas w okresie niedocukrzenia zmiany w nastroju postanowiliśmy wyzyskać w celach leczniczych i w stanach depresyjnych próbowaliśmy stosować metodę lekkich wstrząsów hypoglikemicznych, wzorując się tutaj na zaproponowanej przez *Węgierkę* — i z dobrym stosowanej skutkiem — metodzie przerywania dusznicy oskrzelowej.

Przy dalszem trwaniu i nasileniu się hypoglikemji występuje senność i powolne przyćmienie świadomości, przechodzące wreszcie w zupełne zamroczenie. Technicznie — w przypadkach, w których zmierzamy do osiągnięcia głębokiego wstrząsu śpiączkowego—sprawa przedstawia się w ten sposób, że w stanie hypoglikemji przetrzymujemy chorego około 3-ch godzin, poczem podajemy posiłek z odpowiednią ilością węglowodanów (w stanach lekkiego niedocukrzenia napój ocukrzony zawierający 4—5 łyżeczek cukru, chleb z miodem i powidłami).

Przy powiększaniu dawek insuliny osiągamy coraz głębszy stan zamroczenia, który wreszcie, przy odpowiedniej dawce i odpowiednim czasie trwania—przechodzi w stan śpiączki.

W stanie tym utrzymujemy chorego przeciętnie od 1—2 godzin, w pewnych przypadkach — nawet dłużej, (zdarzało się nam dojść do 5—6 godzin); o ile, oczywiście, stan chorego, pozostającego pod ciągłą kontrolą i obserwacją, nie wymaga przerwania wcześniejszego.

W czasie leczenia przestrzegamy warunków następujących:

Chorzy są umieszczeni w jednym pokoju, przyczem od chwili wstrzyknięcia insuliny aż do powrotu do świadomości każdy chory jest pilnie obserwowany przez pielęgniarzy i siostry oddziałowe. O zmianie zachowania się chorego, tętna, oblicza, powłok,—natychmiast siostra melduje znajdującemu się w pobliżu lekarzowi.

W pokoju chorych umieszczony jest stolik, na którym stoją gotowe do użytku naczynia z rozczynem cukru, z kofeiną, koraminą, kardjazolem, strzykawki małe i duże oraz większa ilość igieł.

Gdy zamroczenie świadomości przebiega z silnem podnieceniem psychoruchowem, chorzy otrzymują kaftany i wtedy baczymy,

by nie krępowały one ruchów oddechowych, oraz by wobec wielkiego pocenia, co kilkanaście minut następowała zmiana bielizny.

W okresie snu hypoglikemicznego uważamy, by co pewien czas chory był odwracany na boki, i usuwamy z jamy ustnej ręcznikiem lub watą nadmiar śliny i śluzu; zależnie od przypadku stosujemy ułożenie głowy albo niskie, albo wysokie.

Karmienie chorego wymaga upewnienia się czy sonda jest w żołądku; badamy, aspirując treść żołądkową, jej odczyn i gdy jest kwaśny—karmimy, wlewając rozczyn cukru w mleku. Wszakże po nakarmieniu nie odchodzimy od chorego, głowę układamy nisko (zmiana w przemieszczeniu krwi po nakarmieniu) i w razie objawów bladości twarzy, szybkiego tętna — natychmiast dajemy dożylnie środki naczynioruchowe i obwodowe wraz z glukozą.

Przy powracaniu chorego do świadomości uważamy znów, by bielizna była zmieniana często, oraz by nie zdejmować kaftana przedwcześnie. Zdarza się bowiem, że chorzy podnieceni, w okresie budzenia się, wypadają z łóżka lub uderzają o poręcz.

Podkreślamy, że budząc chorego wstrzyknięciem cukru, należy po każdych 10 cm^3. przeczekać kilka minut. Podawanie wielkiej ilości glukozy może spowodować, jak poprzednio wspominaliśmy, jej zgęszczenie niefizjologiczne, nieużytkowe we krwi. W tym celu dobre są przyrządy do wlewania dożylnego za pośrednictwem mechanizmu ssąco-tłoczącego (jak np. przy transfuzjach krwi), pozwalające w dowolnym czasie dawkować cukier, które do tego celu pierwszy zastosował kol. *Frostig*.

Zapaści u chorych naszych występowały przeważnie conajmniej po godzinie snu hypoglikemicznego, niekiedy nagle, niekiedy powolnie. Zjawia się wybitna bladość powłok, obfite pocenie, oziębienie kończyn, na śluzówkach — sinica. Towarzyszą tym objawom zaburzenia oddechu: niemiarowość, oddech Cheyne-Stokesa, bezdech, oraz zaburzenia serca, jak niemiarowość, zmienność wypełnienia fali, nagłe przyśpieszenie lub zwolnienie tętna, które dochodzi niekiedy do 38 uderzeń na minutę. Zwolnienie tętna obserwowaliśmy zawsze w czasie zapaści, w 3-ch przypadkach nie stwierdziliśmy nawet wogóle obecności tętna.

Obraz powyższy świadczy o porażeniu ośrodka oddechowego i naczynioruchowego, o przemieszczeniu krwi. Za tym mechanizmem przemawia fakt, że u chorego Ch. L. występowała kilkakrotnie zapaść w czasie budzenia się ze snu hypoglikemicznego, o ile chory ten był karmiony sondą; tłumaczyliśmy to sobie w ten sposób, że

przez wprowadzenie pokarmu do żołądka następuje rozszerzenie naczyń jamy brzusznej i anemizacja ośrodka naczynioruchowego; unikaliśmy zapaści przez podawanie dożylne cukru, po którem karmienie zgłębnikiem już nie powodowało zapaści.

Obraz zapaści, zachowanie się akcji serca, często występujące drgawki toniczno-kloniczne, dawały podobieństwo tych stanów do zespołów Adams—Stokesa w dyssocjacji przedsionkowo-komorowej. Uwzględniając fakt porażenia ośrodków i brak uchwytnej akcji serca, ratowaliśmy chorych przez mechaniczne pobudzanie serca (masaż serca metodą *Semerau - Siemianowskiego*) przez stosowanie jednoczesne sztucznego oddechu, a gdy zjawiło się tętno, przez natychmiastowe podanie dożylnie środków działających obwodowo (kofeina). Zaraz też po cofnięciu się objawów groźnych wstrzykiwaliśmy dożylnie cukier.

Środki, działające na mięsień sercowy np. z grupy naparstnicy, oczywiście nie mają zastosowania, gdyż mięsień sercowy w przebiegu leczenia insuliną bogaci się w zapasy glikogenu, nie wykazuje niedomogi, która natomiast często występuje przy stosowaniu zimnicy. Również pożądane jest wolne i w 5—15 min. odstępach czasu powtarzane wstrzykiwanie glukozy; nadmierna jej ilość wstrzyknięta odrazu może stać się nieużyteczna, gdy nastąpi jej koncentracja we krwi, większa od koncentracji użytkowej, fizjologicznej.

Dla przerwania stanu lekkiego wstrząsu hypoglikemicznego wystarcza podanie doustne niewielkiej nawet ilości węglowodanów; dla chorego w stanie śpiączki jest to, rzecz prosta, niedostępne, tutaj porcję węglowodanów potrzebną do obudzenia wprowadzamy bądź przez karmienie zgłębnikiem, bądź też podajemy ją dożylnie.

Każda z tych metod budzenia ma swoje odrębne właściwości, a tem samem wskazania. Obudzenie zapomocą karmienia doustnego następuje w przeciągu 15 — 30 minut. Obudzenie przez wlewanie dożylne trwa 2—5 minut i jego możliwość zależy, rzecz prosta, od stanu żył chorego. Częste wlewania dożylne 20% roztworu glukozy mogą zepsuć żyły i uniemożliwić w ten sposób zastosowanie tej metody szybkiego budzenia, w razie ewentualnego nagłego niebezpieczeństwa. To też po próbach budzenia przez wlewanie dożylne przeszliśmy — podobnie jak *Sakel* — do budzenia przez karmienie, rezerwując sobie dożylną metodę dla przypadków, w których stan chorego wymaga natychmiastowego przerwania śpiączki.

Przy wlewaniu dożylnem obudzenie ma nieraz charakter znacznie spokojniejszy, zwłaszcza wtedy, kiedy nie ograniczamy się do podania ilości glukozy, wystarczającej do obudzenia (przeważnie

już 20 cm 20%-go roztworu), tylko kontynuujemy wlewanie u budzącego się i już zupełnie obudzonego chorego. Podawaliśmy w ten sposób już 100 i więcej cm^3 roztworu glukozy posługując się przytem pomysłem *Frostiga*—igłą z kranikiem, połączoną zapomocą rurki gumowej z kolbką zawierającą roztwór.

Czy zawsze obudzenie zapomocą jednej z 2-ch powyższych metod następuje w pożądanym i przewidzianym czasie? Naogół tak, w rzadkich jednak przypadkach obudzenie natrafiało na wyjątkowe trudności i, mimo podawania coraz to większych ilości węglowodanów, następowało powoli, nieraz po upływie całych godzin, i to poprzez długotrwałe etapy mniej lub więcej głębokiego, powoli się przejaśniającego zamroczenia. Przypadki takie musiały, rzecz prosta, zwrócić na siebie szczególną naszą uwagę i wyjaśnienie ich wiąże się, naszem zdaniem, ze sprawą dawkowania insuliny, w której to sprawie poczyniliśmy pewne bardzo interesujące spostrzeżenia.

Przytaczam krótko epizod przebiegu leczenia w jednym przypadku.

F. Z. Początek kuracji w dniu 12.II.36 r. 20 jednostek. W dalszym ciągu podnoszenie dzienne dawki o 10 jednostek. W dn. 19.III. otrzymał 80 jedn., wciąż jeszcze nie wykazując widocznych objawów niedocukrzenia.

20.III. o godz. 9-ej 90 — jednostek insuliny. O godz. 12 — senny. Poci się. Pobladł. Chciał wstać z łóżka. Coś mówił niewyraźnie. Zachwiał się i opadł na łóżko. Bladość nasiliła się. Tętno dobre. Po chwili przyszedł do siebie. O godz. 1-ej podano choremu obiad, który zjadł z wielkim apetytem. Po obiedzie herbata z podwójną ilością cukru.

21.III. Insuliny 90 jednostek. Po 2 godzinach senny, bladawy. Skóra wilgotna. O godz. 12-ej stan sommolencji. O godz. 1-ej nakarmiono chorego, podając mu jedzenie łyżką. Jadł bez apetytu. Po spożyciu wrócił do równowagi.

23.III. Wstrzyknięto o godz. 9^{15} — 100 jednostek insuliny, o godz. 2-ej rano senny. Poci się silnie. O godz. 2^{40} nagłe wyprężenie ciała. Twarz czerwona. Z ust wydobywa się piana. Tętno dobrze napięte i wypełnione. Babiński lewy. Rossolimo obustr. Źrenice szerokie reagują na światło. Oddech charczący. Po dwóch minutach napięcie kończyn ustąpiło. Oddech czasami w typie Cheyna-Stokesa. W dalszym ciągu obserwowano u chorego dwustronne nagłe napięcie toniczne kończyn górnych ze złożeniem ich na piersiach. Tętno przejściowo nie miarowe, 64 na minutę. Napięcie i wypełnienie przez cały czas obserwacji dobre. Napięcie trwało do 2 minut. O godz. 2-ej wlano do żyły choremu 20 $cent^3$ 40% roztworu i 20 $cent^3$ 20%. Po minucie nagle się zerwał, twarz czerwona, nie pamięta co się z nim działo.

24.III. o godz. 9-ej rano wstrzyknięto 100 jednostek insuliny. O godz. 13-ej stan somnolencji, który przeszedł stopniowo w stan śpiączki. W czasie snu występowało kilkakrotnie napięcie toniczne kończyn górnych oraz pojedyńcze drgania mięśni przedramienia. Tętno przez cały czas dobrze napięte. O godz. 2 po poł. wlano dożylnie 20 $cent^3$ 40% roztworu glukozy i 20 $cent^3$ 20% roztworu. Chory nie budzi się. O godz. 14^{30} zamroczony, stęka, krzyczy, rozpoczyna szereg słów i nie kończy, podano przez usta 100 gr. cukru w mleku. Godz. 3-cia popoł. zamroczo-

ny, śpi. Per os podano 200 gramów cukru trzcinowego w mleku. Godz. 4 ppoł. wlano dożylnie 20 $cent^3$ 40% glukozy. Chory nie obudził się. Podano w karmieniu przez nos 150 gramów cukru trzcinowego w 3 szklankach mleka. Godz. 6-a ppoł. — śpi, wystąpiły dreszcze całego ciała, temperatura 37,5. Godz. 7^{30} — obudził się, zjadł kolację.

25.III. Temperatura normalna, kontakt dość dobry, amnezja za czas od godziny 12.

26.III. o godz. 8^{30} — 60 jednostek insuliny. O godz. 12-ej stan somolencji przeszedł stopniowo w stan śpiączki. O godz. 2-giej popoł. wstrzyknięto 20 $cent^3$ 40 procentowej glukozy.

Po jednej minucie siada na łóżku. Upada spowrotem. Wypowiada kilka słów. Po 2 minutach podano choremu do wypicia 150 gramów cukru trzcinowego w $^3/_4$ litra mleka. Nie pamięta, co się z nim działo. (Czy był pan szpiegiem?). Zdaje się, że to była pomyłka.

27.III. o godz. 8^{30} — 50 jednostek insuliny. O godz. $12^1/_2$ stan somnolencji, który przeszedł w stan śpiączki. O godz. 2-giej popł. obudzono chorego wstrzyknięciem 20 gramów 40% roztworu glukozy. Obudzenie nastąpiło po 10 minutach.

Przypadek ten i parę podobnych nasunęły nam rozważania i wnioski następujące. Skoro do wywołania pierwszej śpiączki konieczna jest dawka insuliny, która potem może być wydatnie zmniejszona, to trudności obudzenia wskazywałyby na przedawkowanie insuliny w takim przypadku. Z drugiej strony widzimy, iż zaszła tutaj wyraźna zmiana w reagowaniu organizmu na insulinę. Uczulenie, które tutaj nastąpiło, ma charakter nagły, tak jakgdyby pod wpływem dużej dawki została przełamana jakaś barjera odporności na insulinę, poczem już mniejsze dawki osiągają ten sam efekt. Dodajmy nawiasem, iż zjawisko takie w dziedzinie działania hormonów nie jest odosobnione: coś podobnego znajdujemy przy podawaniu follikuliny.

Przy dłuższem stosowaniu insuliny, uczulenie wyrażać się może w sposób dwojaki, a mianowicie w możności wydatnego zmniejszenia dawki oraz w skróceniu czasu pomiędzy zastrzykiem a wystąpieniem śpiączki. W tym z naszych przypadków, w którym leczenie stosowaliśmy najdłużej — mianowicie u chorej J. W., która otrzymała 65 zastrzyków — dawka 90 jedn., początkowo konieczna do wywołania śpiączki, została z biegiem czasu obniżona do 40, zaś czas, poprzedzający wystąpienie śpiączki, skrócił się z 3 godzin do $^1/_2$ godziny.

Wrażliwość na insulinę wykazuje pozatem wielkie różnice indywidualne. W jednych przypadkach musimy dla wywołania śpiączki hypoglykemicznej dojść do 100 jednostek i wyżej, w innych ten sam efekt otrzymujemy już po 30 jednostkach. Oto przykład, ilustrujący zarazem szybkość procesu uczulenia.

M. J. lat 28, chora od 4 lat, niespokojna, wybitnie agresywna. Stan odżywienia bardzo dobry, konstytucja cielesna pykniczno-dysglandularna. Należy do najbardziej dokuczliwych, niespokojnych i agresywnych na oddziale.

10.IV. 1936 po 30 jednostkach usnęła, po 1$^1/_2$ godziny obudziła się sama, wypiła mleko. Następnie po tych samych dawkach głęboki sen z odruchem Babińskiego, poprzedzany drganiami włókienkowemi poszczególnych grup mięśniowych, hyperkinezą i niepokojem.

Przechodzimy do kliniki stanów śpiączkowych. Klinikę samej śpiączki hypoglikemicznej omówi dokładnie kol. *Frostig*, my zajmiemy się szczególnie okresami przejściowemi, zasypiania i budzenia się, które wykazują duże podobieństwo. Spostrzegamy tutaj przeważnie stany podniecenia psychoruchowego o mniejszem lub większem nasileniu. Chorzy płaczą, krzyczą nieraz przeraźliwie, zdarzają się dźwięki o charakterze wycia. Podniecenie ruchowe wykazuje wielkie bogactwo postaci ruchowych. Widujemy ruchy jaktacyjne o dużym zasięgu: chorzy rzucają się i miotają z taką energją, że co chwila grozi im wypadnięcie z łóżka. Występują ruchy rzekomo-ekspresyjne o charakterze niby afektywnym, nieraz patetycznym, np. chora wyciąga przed siebie ramiona, rozkłada je w geście jakgdyby błagalnym, poczem jedno zgina w stawie łokciowym, drugim wykonywa rozmaite ruchy. Widujemy również hiperkinezy typu histerycznego: w dwóch przypadkach występował wyraźny arc de cercle. Występują ruchy rotacji dookoła osi własnego ciała, tak nieraz gwałtowne, że w tych przypadkach, gdyby nie specjalna opieka, chorzy wypadliby z łóżek.

Hyperkinezy o charakterze pozapiramidowym wykazują wielką rozmaitość form. Szczególnie często—zwłaszcza w stanach głębokiego zamroczenia, bezpośrednio poprzedzających śpiączkę—występują drgawki toniczne, napady wybitnej hypertonji rozmaitych grup mięśniowych z przewagą wyprostnych tak dalece, że niekiedy obraz przypomina stany sztywności odmóżdżeniowej. Nierzadkie są również ruchy o charakterze atetotycznym. Do jak głębokiego odhamowania i wyzwolenia najpierwotniejszych mechanizmów ruchowych doprowadzić może hypoglikemja, świadczy o tem—między innemi—fakt, iż w jednym przypadku spostrzegaliśmy hyperkinezę o typie automatyzmu rdzeniowego, obejmującą wszystkie cztery kończyny.

Chora raz przy zasypianiu, to znów w okresie przedłużonego i niezmiernie utrudnionego budzenia (przełamanie progu wrażliwości i uczulenie, przedawkowanie, w następstwie stany głębokiej śpiączki przy 30—40 jednostkach) wykonywała przez czas dłuższy wszystkiemi kończynami ruchy, przypominające chodzenie, znane z eksperymentów fizjologicznych nad przecięciem rdzenia.

Z objawów podrażnieniowych wspomnieć należy o drganiach mięśniowych rozmaitego typu—a więc włókienkowych, pęczkowych i obejmujących całe grupy mięśniowe.

Wreszcie objawy podrażnieniowe osiągają swój punkt szczytowy w napadach padaczkowatych, które—w różnej postaci—występują zarówno w okresach budzenia się i zasypiania, jak i w czasie śpiączki.

Spostrzegaliśmy drgawki o typie déviation conjuguée, a także drgawki ogólne z sinicą twarzy, pianą na ustach i przygryzieniem języka. Dwukrotnie napady padaczkowe wystąpiły w szereg godzin po obudzeniu się chorego: zjawisko niezmiernej wagi pod względem praktycznym i wskazujące, być może, na niedość szybką restytucję zapasów węglowodanowych w ośrodkowym układzie nerwowym.

Z objawów podrażnieniowych szczególnie niebezpieczny może się okazać skurcz głośni, który może wprawdzie przejść samoistnie, ale może również spowodować konieczność natychmiastowej interwencji i przerwania wstrząsu.

W dalszym ciągu opisu symptomatologji neurologicznej wspomnieć musimy o objawach ze strony nerwów czaszkowych. Widujemy przemijające porażenia mięśni ocznych, powodujące zez, widujemy oczopląs, a wreszcie—jako zjawisko szczególne—skurcze zbieżne gałek ocznych; źrenice, raczej szerokie, zachowują reakcję na światło. Z objawów, występujących w okresach zasypiania i budzenia się, na uwagę zasługują odruchy ssania i objawy podbródkowe.

Szczupła liczba chorych nie pozwala wysnuwać wniosków ogólniejszych. Zauważyliśmy jednak dotychczas, że odruchy podbródkowe, które stwierdziliśmy u naszych chorych przed wstrzyknięciem insuliny—znikają we wszystkich przypadkach już ze zjawieniem się zamroczenia, niema ich w śnie hypoglikemicznym, i pojawiają się dopiero po dojściu chorego do świadomości. Zachowują się więc te odruchy podbródkowe w śnie hypoglikemicznym tak jak w śnie narkotycznym, a częściowo i fizjologicznym, na co jeden z nas *(Kaczyński)* zwrócił uwagę w pracy „O odruchach podbródkowych u chorych psychicznie".

U wszystkich chorych zauważyliśmy ponadto zjawiający się już z pierwszemi objawami zamroczenia objaw wysuwania obu warg, który niekiedy występował spontanicznie, a zawsze był najsilniejszy w głębokim śnie hypoglikemicznym, w którym chorzy nie reagowali na bodźce czuciowe. Uderzenie opuszką palca w wargę dolną powodowało wysuwanie i ruch ssący obu warg; odruch ten trwał przez cały czas zamroczenia. Przy występujących spontanicznie ruchach

ssania pobudzenie mechaniczne (uderzenie opuszką palca w wargę wysuniętą) powodowało zwiększenie odruchu. Odruch ten ginie razem ze znikaniem zaburzeń świadomości; w stanie czuwania nie było go u naszych chorych.

Odruchy podbródkowe zachowują się odmiennie od odruchu ssącego, wysuwania warg i wargowego, choć inerwacja jest ta sama. Być może, że stoi to w związku ze znaczeniem ruchów mięśni podbródka i odruchu ssania, które w śnie hypoglikemicznym i z ustaniem czynności kory mózgowej przejawiają swój pierwotny charakter.

Odruchy ścięgniste są wzmożone, nierzadko kloniczne. Dalsze objawy piramidowe, w postaci odruchów patologicznych, przedewszystkiem odruchu Babińskiego, ale także i innych *(Oppenheim, Mendel-Bechterew, Żukowski)* występują przeważnie dopiero w czasie śpiączki, chociaż nieraz zjawiają się już w okresie prekomatycznym. Często występuje odruch Rossolimo, który w pewnych przypadkach utrzymuje się przez pewien czas po obudzeniu. Jest rzeczą charakterystyczną, iż wszystkie te odruchy patologiczne występują niekoniecznie równocześnie po obu stronach, często jedna strona wyprzedza drugą.

Objawy ze strony układu roślinnego, o których wspominaliśmy już przy opisie stanów lekkiej hypoglikemji, nasilają się w miarę pogłębiania się niedocukrzenia i odgrywają dużą rolę w obrazie klinicznym stanu prekomatycznego i śpiączkowego. Tętno zrazu przyśpieszone, zwalniało się w miarę zbliżania się śpiączki, w czasie której liczby około 50 nie należały do rzadkości. Znaczne przyśpieszenie tętna podczas śpiączki (do 130—150 uderzeń na minutę) stanowiło dla nas wskazówkę do natychmiastowego obudzenia chorego.

Po wystąpieniu śpiączki *ciśnienie* maksymalne u chorych zwykle wzrastało, niekiedy dość znacznie, dochodziło do 40—50 cm/Hg i więcej (zwykle jednak było mniejsze). Ciśnienie minimalne wzrastało w stopniu znacznie mniejszym lub pozostawało bez zmiany, tak że rozpiętość między ciśnieniem minimalnem i maksymalnem w okresie śpiączki ulegała zwykle znacznemu powiększeniu. Podczas głębokiej i długo trwającej śpiączki obserwowaliśmy u niektórych chorych bardzo nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi, a nawet niekiedy wyraźny jego spadek.

T e m p e r a t u r a: Po wystąpieniu śpiączki temperatura ciała zreguły ulegała obniżeniu, które zdawało się powiększać w miarę trwania śpiączki. Często bardzo temperatura spadała poniżej 35° C. Najniższa obserwowana przez nas temperatura, wynosiła w stanie śpiączki 32,2°C. Po obudzeniu chorych i w późniejszych godzinach

nierzadko stwierdzaliśmy stany podgorączkowe. Kilka razy po ciężkiej śpiączce obserwowaliśmy podwyższenie temperatury powyżej 38°C. Najwyższa temperatura zaobserwowana przez nas w parę godzin po obudzeniu wynosiła 39,2°C. Podwyższenie temperatury do 39° nastąpiło w paru zaobserwowanych przez nas przypadkach, po powikłaniach w okresie śpiączki lub w okresie budzenia się (skurcz głośni, zapaść, trudność obudzenia chorego, silne podniecenie, występujące po obudzeniu).

W kilka godzin później temperatura wracała do normy.

Pocenie, wyraźne we wszystkich prawie przypadkach, przybiera niekiedy zdumiewające wprost rozmiary, tak że w czasie trwania jednego wstrząsu trzeba choremu parokrotnie zmieniać bieliznę.

Skóra jest często wybitnie zaczerwieniona, ale zdarzają się również przypadki wybitnej bladości, niekiedy z domieszką żółtawego odcienia. Wydaje się nam, że objaw ten może wskazywać na zbliżającą się ostrą niedomogę serca i grożącą zapaść, a więc skłania nas do specjalnej uwagi.

W przypadkach o skórze zaczerwienionej daje się zauważyć wybitny dermografizm czerwony, rzadziej biały.

Jako wybitny, nieraz niezmiernie jaskrawy obraz podrażnienia układu roślinnego należy jeszcze zanotować ślinotok, który na wysokości stanu komatycznego przybiera nierzadko postać sączącego się stale strumyczka; objaw ten wymaga kontroli i opieki, która przez odpowiednie ułożenie głowy i ocieranie ust winna zapobiec połykaniu śliny przez chorego.

Rozpad funkcyj ośrodkowego układu nerwowego, który spotykamy w stanach zasypiania i budzenia się, szczególnie wyraźnie daje się zaobserwować w zakresie mowy, oraz—przy specjalnych badaniach—w dziedzinie gnozji wzrokowej. Szczupły nasz materjał pozwoli nam jedynie na krótki opis.

Zauważymy przedewszystkiem, że obrazy rozpadu tych wysoko zorganizowanych funkcyj nerwowych do swego wystąpienia wymagają dostatecznego czasu i dlatego nie spostrzegamy ich w przypadkach, gdzie zasypianie lub budzenie następuje szybko. Wynika stąd, iż naogół nie obserwujemy ich przy budzeniu dożylnem.

W jednym z naszych przypadków (J. W.), gdzie w początkowym okresie leczenia obrazy afazji występowały w całej okazałości, zaczęły one zanikać w miarę — wyjątkowo zresztą długiego — leczenia, tak że pod koniec kuracji chora po obudzeniu mówiła mało i poprawnie.

Mowa tej chorej w czasie budzenia się przechodziła stadja następujące. Po szeregu dźwięków nieartykułowanych występował okres parafazji, przyczem chora

starała się mówić po niemiecku odpowiednio do swoich urojeń (Księżniczka niemiecka) — mówię „starała", gdyż język niemiecki zna bardzo słabo. Nawet pokazane obrazki starała się nazywać po niemiecku: klucz nazwała „Schluss".

Występowały wybitne reakcje echolaliczne, przytem powtarzanie wyrazów w sposób zmanjerowany w różnych tonacjach, przedewszystkiem b. głośno aż do krzyku , następnie przekręcony na sposób dziecinny. To znów poddawane przez nas wyrazy zostawały przeinaczone w sposób dziwaczny, odpowiednio do przypadkowego, ale utrzymującego się przez czas pewien nastawienia: zgodnie z powtórzonym przez siebie kilkakrotnie wyrazem „zwierzęta" chora przemienia poddawane sobie wyrazy w sensie kategorji „zwierzęcość" np. Jasio — łosie, Kazio — koza. Przytem ogromne bogactwo grymasów i wykrzywień twarzy. Poddaje się coraz bardziej potokom własnych oderwanych wyrazów czy strzępów zdań. A oto jak reaguje na nasze polecenia — przykład, który pięknie ukazuje wyzwolenie przez stan wstrząsowy specyficznego sposobu kojarzenia:

Proszę pokazać lewą rękę: +. Prawą: +. Po chwili bełkoce niewyraźnie: rechte Newton... okazuje się, że chodzi o prawo Newtona, któremu podlegamy i podług którego ludzie są zwierzętami. (Zapewne przeskok z Newtona na Darwina).

Ciekawe jest, że cała ta eksplozja słowna i mimiczna ustaje nagle, błyskawicznie: chora zamyka oczy, przestaje reagować na pytania, milczy, mimika zupełnie uspokojona. Nie odpowiada.

A oto produkcja słowna innej chorej (J. P.) również po obudzeniu.

Występują wybitne perseweracje i iteracje: chora rozbija wyrazy na zgłoski i każdą z nich powtarza wiele razy, nieraz zatrzymuje się na jednej zgłosce przez czas dłuższy, tak jakgdyby nie mogła ruszyć zmiejsca. Nie potrafi nazwać szeregu pokazanych przedmiotów, pielęgniarkę nazywa panem. (Przynoszą herbatę). „Przyniesło przelitnie dziękuję". (Co pije?) Smakuje bardzo dobrze. Zwraca się do siostry: „Proszę pani ile lali dali, co za cholera". (Zniecierpliwiona trudnością znalezienia właściwego wyrazu) (co teraz je?) „A nic tak sobie zdawałam bezkolicznie. Pić się chciało". (Czy ciepła herbata czy zimna?) „Dziękuję".

Widać, że szeregu najprostszych pytań zupełnie nie rozumie. W dalszym ciągu występują zaburzenia charakteru *apraktycznego*. Przyniesiono drugi kubek herbaty. Chora chce palce włożyć do kubka i pyta: proszę jak to wziąść? dopiero pielęgniarka musi jej wskazać na ucho od kubka, poczem bierze za nie i pije.

O zaburzeniach gnozji optycznej wspominamy pobieżnie, tembardziej że sprawie tej poświęcona już została specjalna i bardzo cenna praca *Benedeka*. I tutaj widzimy stopniowanie zaburzeń, począwszy od najbardziej prymitywnych, zupełnej niemożności poznawania przedmiotów lub też ich obrazów, poprzez przestrzeganie częściowe, fragmentaryczne aż do upośledzenia t. zw. „komprehensji" czyli syntezy. Przy badaniu gnozji można pięknie stwierdzić postrzeganie sferyczne, operowanie kategorjami coraz to bliższemi. Oto przykład: chora S. W. obrazek lwa określa: pies; po chwili kot. i dopiero pod koniec badania daje odpowiedź właściwą.

Z zaburzeń w myśleniu, które stwierdzamy w stanach hypoglikemicznych, szczególnie wyraźnie w stadjach budzenia, chcielibyśmy

zwrócić uwagę przedewszystkiem na perseweracje. Cechą ich charakterystyczną jest, że chorzy powracają do myśli, których już, zdawałoby się, zaniechali i po paru reakcjach prawidłowych znów produkują perseweracje, wywołane przez bodźce, które zadziałały poprzednio. Mówiąc obrazowo, wygląda to tak, jakgdyby ktoś, czytając książkę, cofał się do pewnych ustępów i wciąż je sobie nanowo odczytywał.

Inne właściwości myślenia chorych w stadjum po obudzeniu zilustrują najlepiej urywki z opisu.

Chora S. W. na pytanie, kim jest badający (dr. B.) odpowiada: dr. Szczytt. Na dr. Szczytta: również dr. Szczytt. Po chwili na dr. B. znów mówi pan Szczytt. (Kim jest chora sąsiadka?) — nie wie. Po chwili: albo jeden albo drugi tak się nazywa. (Jak się nazywa dr. B.?) — napewno jakoś inaczej.

Przygląda się obrazkowi, przedstawiającemu scenę wschodnią — nie wie, co to jest. Czyta powoli, ale składnie.Nie poznaje, że kupiec siedzi na wielbłądzie. Obrazek lwa określa: kot. (Czy kot tak wygląda?) — Może wielbłąd (uprzednio badający, mówiąc z inną chorą, powiedział głośno słowo wielbłąd).

Szczególny nacisk chciałbym położyć na ostatnie zjawisko, które bynajmniej nie jest odosobnione. Myślenie chorych w tych stadjach zachowuje się tak, jakdyby — wyrażając się w terminach psychologji postaci — nie tworzyło figur należycie zamkniętych, izolowanych — przynajmniej chwilowo — od otoczenia: przeciwnie do figur tych wdzierają się elementy z tła zewnętrznego. Dodajmy nawiasem, że przypomina to zjawiska spostrzegane przez jednego z nas *(Bychowski)* u chorych z zaburzeniami frontalnemi.

Sfera afektywna przedstawia się bardzo wielobarwnie. U większości chorych występują stany mniej lub więcej silnego podniecenia. Podniecenie to przybiera nieraz rozmiary niezmiernie gwałtowne i wymaga specjalnej opieki nad chorym, który dosłownie „wychodzi z siebie". Jedna z naszych chorych lękała się tych stanów podniecenia tak dalece, że błagała nas, ażebyśmy zaprzestali „zastrzyków", które je wywołują: opowiadała nam, że ma wówczas uczucie opanowującego ją obłędu (po obudzeniu). To przerażenie własnem podnieceniem, a być może, również i poczucie słabości składa się na uczucie bezradności, które nierzadko występuje bardzo wyraźnie. W takim stanie chory, który przedtem zachowywał się opornie w stosunku do lekarza i personelu, nie chce go od siebie puścić, czepia się go poprostu. Chwyta za rękę, całuje w rękę siostrę oddziałową, błaga aby odeń nie odchodziła, płacze i lamentuje.

Stwierdzamy w stanach tych — zwłaszcza po obudzeniu — niekiedy nasilenie afektu dominującego w psychice chorego. Smutek, żal, lęk, poczucie winy i grzeszności dochodzą jakgdyby do zenitu.

Ale czasem już w przebiegu pierwszych stanów hypoglikemicznych, czasem dopiero po dłuższej ich serji, spostrzegamy skutek wręcz odwrotny. Dominujący afekt ucisza się, podniecenie faluje coraz łagodniej. I tu przechodzimy do opisu momentów szczególnie ważnych i teoretycznie i praktycznie, momentów *korygujących i leczniczych.*

Obok podniecenia w hypoglikemji doznają złagodzenia także omamy i urojenia. Naskutek tego, w pewnych przypadkach, zanim jeszcze przy pogłębiającem się niedocukrzeniu nastąpi głębokie zamroczenie, poprzedzające sen, widzimy krótkotrwałe, ale wyraźne przejaśnienie świadomości, a raczej uwolnienie jej od zaabsorbowania elementami patologicznemi.

Chory, z którym przedtem na tematy urojeniowe niemożliwa była jakakolwiek dyskusja, staje się przystępny dla naszych perswazyj, ufny, bliższy nam aniżeli uprzednio. Innemi słowy staje się możliwy kontakt, *przeniesienie* w sensie psychoanalitycznym.

Wpływ stanu hypoglikemicznego jest tutaj tak frapujący, że zmiany te dokonują się nieraz poprostu błyskawicznie, na naszych oczach.

Dla ilustracji urywek z historji chorej S. K.

6.IV. 36. 60 jednostek insuliny. (Poprzednio 3 zastrzyki 40, 50 i 50). Pierwsza próba psychoterapji w stanie hypoglikemicznym. Rozmawia bardzo spokojnie, przeniesienie dobre. Wyjaśniamy sobie stosunek chorej do rodziców, szczególnie wybitny „kompleks ojca". Stąd nastawienie walki, buntu, nawet anarchistyczne. Chora mówi o swych przeżyciach patologicznych, wyjaśnia, dlaczego uważa siebie za „sunny boy" — ojciec musiał być skrzypkiem, a może anarchistą — wiąże swoją osobę ze sprawą Saccho i Vanzetti — podkreśla mit o swem odrębnem pochodzeniu. Aż do chwili podania posiłku kontakt bardzo dobry. W parę minut po posiłku — znów odcina się zupełnie, domaga się natychmiastowego wypisania, odwraca od badającego i odmawia dalszych zeznań.

Widzimy więc tutaj z dokładnością quasi — eksperymentalną, jak poprawia się przeniesienie w miarę pogłębiania się hypoglikemji, i jak, z chwilą zaopatrzenia ustroju w węglowodany, zostaje przywrócony dawny stan oporu.

W rzędzie mechanizmów korygujących opisać musimy skolei zjawiska katartyczne. Chory, którego opory przedtem były tak wielkie, że pozostawał głuchy na wszelkie nasze pytania, dotyczące jego historji życiowej, w stanach hypoglikemji — częściej w okresie budzenia się — produkuje w postaci krótkich, gwałtownych eksplozyj urywki ze swojej biografji, między innemi z przeżyć urazowych. Produkcja ta może być spontaniczna, ale możemy nią poczęści kierować i aktywować.

Jedna z naszych chorych (M. M.) dopiero w czasie po obudzeniu odsłoniła przed nami swoje długo przedtem strzeżone incognito.

A oto urywki z jej historji choroby, ilustrujące moment krótkich eksplozyj katartycznych.

23.IV. 9-ty zastrzyk, 30 jednostek insuliny. Sen głęboki, obustronny Babiński, skóra o dobrem, różowem zabarwieniu. Obudzona wlewaniem dożylnem 60 cm^3 20% glukozy. Mówi dość dużo, odpowiada na pytania. Całuje w rękę siostrę oddziałową i lekarza. Mała katarsis: zwraca się do mnie: „Władku, czy pamiętasz? — po wódce — mówiłeś, że ja jestem nieładna. Pracowała w Zakopanem, w restauracji". Do mamusi wrócić nie chce, bo ją biła. Dlaczego? Tu już opory zwyciężają, w miarę budzenia się — sprzeciw coraz większy.

25.IV. 30 jednostek. W słanie hypoglikemicznym kontakt dobry, całuje lekarza po rękach, nazywa go Władkiem. Władek to narzeczony. Matka miała 2-ch mężów, pierwszy był kolejarzem, drugi robotnikiem, rzemieślnikiem. Matka—Kasia, Katarzyna Batory. Powtarza to parokrotnie. O adres matki już dopytać się nie można. Chora coraz bardziej zamroczona.

2.V. 30 jednostek. W stanie hypoglikemji opowiada dalsze fragmenty ze swej biografji, między innemi historję o pewnym adwokacie, u którego pracowała i który ją zaskarżył, miała sprawę sądową, poczem siedziała w więzieniu. Adresu matki w dalszym ciągu dowiedzieć się nie można.

Leczenie insuliną daje sposobność do studjowania całego szeregu mechanizmów korygujących, które powstają i rozwijają się poprostu w naszych oczach.

Na pierwszem miejscu postawiłbym proste *zrozumienie*.

Chora S. K. w rzędzie ostrych objawów psychotycznych produkowała urojenia na temat swego pochodzenia. Zdawna negatywny stosunek do rodziców, szczególnie do ojca, osiągnął swój punkt kulminacyjny w negowaniu jego roli jako ojca.

15.IV.36. 9-ty zastrzyk insuliny — 90 jednostek. Senna. Kontakt dobry. Twierdzi, że ojciec nie jest jej ojcem, ale po chwili stwierdza poprostu, że go nie lubi. Czułaby się dobrze, gdyby mogła się wypisać i znaleźć w dobrych warunkach, do domu wrócić nie może.

17.IV.36. 11-ty zastrzyk. 70 jednostek. W stanie hypoglikemji spokojna, przystępna, miła, uprzejma. Wydaje się jej, że jest już zdrowa. (Saccho i Vanzetti?)[1])— To jej się uroiło. Rodzice byli dla niej niedobrzy. Czy pan doktór nie widział, że ci rodzice, którzy dzieci urodzili, nie są im potem naprawdę rodzicami, bo je źle wychowują.

W przypadkach chronicznych, w których urojenia bronione są z wielką zaciekłością, ustępują one wpływom leczniczym z wielkim trudem i z ciągłemi nawrotami.

Korektura, zrozumienie mogą być zrazu mimowolne, jakgdyby przypadkowe.

Chora J. W. studentka medycyny, w rzędzie swych urojeń podkreśla także ustawicznie swoje wysokie pochodzenie i swój majątek.

---

[1]) Między innemi, chora wyprowadzała swój rodowód od tych straconych w Stanach Zjednoczonych anarchistów.

14.V.36. Dziś przerwa w podawaniu insuliny. Chora otrzymała 47 zastrzyków. Chce wrócić do studjów. Tutaj przyjechała w sprawach finansowych. Ma dochody z pewnych przedsiębiorstw. (Czem się zajmuje ojciec?) — Ten człowiek u którego mieszka, jest pracownikiem miejskim. Nie jest ojcem. — Na moją uwagę, że już nieraz przyznawała, że on jest ojcem, odpowiada: to musiało być po zastrzyku, więc byłam nienormalna. W toku dalszej dyskusji popełnia przejęzyczenie: co to ma wspólnego, że ktoś uznaje swoich rodziców, z poczytalnością, potem poprawia się: uznaje kogoś za swoich rodziców.

Do mechanizmów obronnych, któremi jaźń posługuje się także i w przebiegu procesów leczniczych, należy projekcja.

Znów urywek z historji tej samej chorej (J. W.).

1.IV.36. Przerwa w podawaniu insuliny od 4-ch dni (angina). Coraz bardziej opryskliwa i niechętna, sama wie, że ma zapalenie płuc, zna się na tem doskonale. Zaczyna już wydawać rozkazy służbie, zamiast, jak ostatnio prosić.

3.IV.36. Zmiana w kierunku jak wyżej. Natomiast dziś obok zwykłych pretensyj występuje z wielkim impetem nowa: *kto nam powiedział, że ona sobie uroiła, że uważa siebie za księżniczkę, ona tego nigdy nie mówiła, co najwyżej w hypnozie, pod przymusem*, ale i do tego się nie przyznaje. Wogóle nie można wcale mieć takich urojeń, bo każdy rozumie, że to jest zamknięta sfera, nie można się do niej wpychać, bo zawsze można skontrolować, arystokracja ma ścisłe papiery. Jest tą, jaką znamy z papierów; — po dłuższej burzy, jaka spada na głowę badającego lekarza, udaje się dowiedzieć, że babka była żydówką, matka tatarką; o ojcu najdłużej mówić nie chce, wreszcie: sam pan rozumie, kim on jest, jeśli ja mowię po niemiecku.

Urywek ten przytoczyliśmy tak szczegółowo, ażeby uwidocznić jak jeden dyskretny mechanizm korygujący przedziera się poprzez gęstwinę momentów patologicznych. Tego rodzaju zachowanie jest dość charakterystyczne dla insulinoterapji, szczególniej przypadków przewlekłych.

Wreszcie — ważną rolę w korygowaniu treści patologicznych odgrywają zjawiska *odsuwania* i *tłumienia.*

Przez odsuwanie rozumiemy oddalanie się jaźni w stosunku do przeżyć patologicznych. Widzimy, jak—w miarę postępu leczenia— chory coraz niechętniej mówi o tych przeżyciach, prosi wyraźnie, by mu o nich nie przypominać, stara się przenieść rozmowę na inne tory. Zdarza się nawet niekiedy, że chory zajmuje w stosunku do przeżyć psychotycznych postawę ironiczną.

Zjawiska tłumienia spostrzegamy albo bezpośrednio albo też możemy ich się domyślać na podstawie objawów charakterystycznych. Dramatyczny przebieg kuracji w przypadku przewlekłej sprawy paranoidalnej bodaj że najlepiej to zilustruje.

J. W., lat 26, studentka. Brat ojca chorował na padaczkę. Pacjentka już w latach szkolnych uparta, ambitna, kłótliwa, skłonna do wybuchów gniewu. Rodziców traktowała jak obcych, twierdziła, że między nią a niemi jest przepaść nie do przebycia. W 1930 r. wyjechała na studja do Wilna. Przeżycia miłosne: jej uko-

chany porzucił ją, ubliżał jej, że jest córką ślusarza, krępowało ją to, kłamała, że ma majątek, że jest obywatelską córką. Zachorowała w styczniu 1933 roku, agresywna, awanturnicza; potem zaczęła pisać skargi do prokuratora, że ją ukradł, zgwałcił, podawała się za hrabiankę. Na klinice urojenia prześladowcze i wielkościowe. Te ostatnie dotyczą majątku i pochodzenia, a prześladowcze mówią o gwałtach i szantażach jakich jest ofiarą, o wyrywaniu komórek mózgowych, o porwaniu jej, gdy była dzieckiem przez szantażystów, którzy się podają za jej rodziców. Prof. Rosna, na którego klinice leżała, to — opryszek, zabił Pogorzelską. W Wilnie w instytucie badania mózgu chcą złapać wyższą sferę i dowiedzieć się, dlaczego ludzie z tej sfery są tacy mądrzy. Agresywna, wyniosła, arogancka.

Pierwsze przebłyski korektury nastąpiły po 17-ym zastrzyku insuliny (a 11-ym wstrząsie śpiączkowym).

24.III.36. 90 jednostek. Sen głęboki, spokojny, równy. Po obudzeniu nie mówi po niemiecku, odrazu przeszła na polski. W. jest jej ojcem, to człowiek niezamożny, ślusarz. Nie jest księżniczką ani też niemką. W parę minut potem już nie koryguje, badana w godzinach popołudniowych powraca do dawnych urojeń. W. wykradł ją, kiedy była dzieckiem, zaskarżyła go do prokuratora, jest księżniczką, leczy ją profesor, warjat z wykształcenia etc.

Po 10-u dniach dalszej kuracji znów przebłyski korektury w postaci mechanizmu projekcyjnego — przytoczone powyżej.

Dalsze spostrzeżenia i próby psychoterapji w stanie hypoglikemji wykazują ciągłą walkę mechanizmów tłumiących z patologicznemi.

7.IV. 60 jednostek. Chora senna, chowa głowę w poduszki, nie chce rozmawiać, prosi by jej dać zasnąć. Udaje się wyrwać ją z tego stanu i przeprowadzić półgodzinną rozmowę. Nastawienie chorej przez ten czas bywa rozmaite, począwszy od bardzo przyjaznego aż do agresywnie niechętnego. W pewnej chwili mówi o sprawach urojeniowych (przy poruszeniu przez lekarza motywu pochodzenia) w sposób zupełnie odpowiadający rzeczywistości. Im bardziej rozbudzona, tem energiczniej broni treści urojeniowych. Broni rzekomo swego nazwiska Wittelsbach, jeszcze przed chwilą podkreślała swoje nazwisko prawdziwe.

Po 37-u zastrzykach przerwa w podawaniu insuliny.

30.IV. Czuje się nieźle, spodziewa się wizyty z domu. (Jakie ma zamiary?) Chce kontynuować studja lekarskie. (Czy środki na to będzie otrzymywała od rodziców?) Pewnie, że od rodziców, ojcu stale jednakowo się powodzi, miał posadę teraz ma emeryturę. (Czy martwi się brakiem środków?) Myśli realnie — jeżeli nie miała środków, to zmartwienie jej środków nie przysporzy (w zeszłym roku była w klinice chora, która twierdziła, że ma szyby naftowe — umyślna aluzja do urojeń, wypowiadanych przez W.). Taka sytuacja jest możliwa, gdy ludzie z gminu wstępują na Uniwersytet, często doszukują się jakichś przodków. Uważa, że pochodzenie jest miarą kultury. (Czy miała koleżankę, która podawała się za księżniczkę?) Nie chce odpowiadać, bo to nie należy do djagnozy, to jest farsa, a nie leczenie... (Czy się godzi z rodzicami?) To są rzeczy które nie należą do medycyny. Jest bardzo zmęczona i chciałaby się położyć.

Leczenie kontynuujemy. I oto 9.V.36 w stanie hypoglikemji znów wypływa cały materjał urojeniowy bez najmniejszego złagodzenia.

14.V.36. Przerwa w podawaniu insuliny. W rozmowie elementy korekty przebijają się poprzez całość patologiczną.

Dalszy ciąg leczenia.

27.V. Przerwa jednodniowa. W czasie badania zupełna poprawa, widać, że

tłumi treści urojeniowe, opowiada, że chciałaby wypocząć, pojechać na wieś. (Skąd weźmie pieniądze?) Może rodzice dadzą, zajmą się, wyszukają. Na pytania odpowiada z naciskiem, że niema do nas urazy, zadowolona z pomocy, jakiej jej udzielamy, a już następnego dnia w hipoglikemji:

28.V. Insulina, 40 jednostek. Spokojna, wypowiada treści urojeniowe, ale bez nacisku — przed zaśnięciem: petrolja, majątek, W. to nie rodzice. Ślusarz mózg atakuje. (Czy ojciec?) Nie, ślusarz, który tutaj pracuje.

30.V. Wstrząs ze śpiączką. (40 jednostek). Badanie po 3-dniowej przerwie świątecznej. W święta był ktoś z rodziny. (Matka czy ojciec?) Matka... Po chwili bona. Chciałaby wracać do Wilna, szkoda studjów, straci ćwiczenia. Chwila rozmowy na tematy polityczne. Mówi o imperjalistycznych dążeniach Niemiec. Lekarz zwraca uwagę żartem, że i ona chciała być imperjalistką. Śmieje się: nic nie chce, nic nie ma. Włochy są chciwe. (Czy i ona jest chciwa?) Każdy. I ona chciała być bogata, jeżeli coś miała, to pomnożyć. Teraz nie jest już chciwa, narazie myśli tylko o tem, żeby wrócić do Wilna i uniknąć nieprzyjemności ze strony dziekanatu za to, że wyjechała bez pozwolenia. (Dlaczego wyjechała?) Musiała wyjechać, miała interesy.

3.VI. Dalszy ciąg przerwy w podawaniu insuliny.

Znów badanie, w którem obok wyraźnych mechanizmów korygujących występuje — pod koniec — wstawka paranoidalna.

Z okazji rozmowy o książce, którą właśnie czyta, wypowiada się na temat uczucia miłości. Jest to uczucie, którego nigdy nie doznawała, uważa je za zbędne, nie wnosi ono żadnych przeżyć oryginalnych, małżeństwo powinno być oparte na wyrachowaniu. Ona sama była zawsze wyrachowana, businesman'ka. Obecnie myśli o tem, ażeby wrócić do Wilna, obawia się konsekwencji swego samowolnego postępowania. Przez to postępowanie i naskutek wniesionego przez siebie oskarżenia dostała się do szpitala: mówi o tem — bodaj poraz pierwszy — bez żadnej pretensji.

Pragnęłaby wycofać oskażenie, ale nie wie, czy ci, których skarżyła, nie będą jej atakowali. Ona sama widziałaby najchętniej, gdyby wcale nie doszło do procesu. W tem miejscu następuje relacja przestępstwa szantażystów, zabicia administratora majątku, należącego do krewnych, porwania chorej, kiedy była dzieckiem— słowem, cała wstawka paranoidalna bez odchyleń. Ale znów po chwili: rodzice?— Nie byli ostatnio. Owszem, jest rada, jeśli przychodzi ktoś z domu. Czy przeciw nim także wniosła oskarżenie? Nie, skądżeż, ma im przecież dużo do zawdzięczenia.

Nie będziemy kontynuowali tej relacji, w której ciągła walka momentów korygujących z patologicznemi występuje z dostateczną chyba jaskrawością. Dla uzupełnienia przebiegu dodajmy, że do chwili wykończenia rękopisu pracy niniejszej (koniec czerwca r. b.) chora otrzymała 65 zastrzyków, z tego 61 wstrząsów śpiączkowych. Ostatni wstrząs w dniu 20 czerwca. Badania w dniu 22 i 25 czerwca wykazują zachowanie prawidłowe, tylko w tem ostatniem badaniu widać reakcje „kompleksowe", gdy się porusza drażliwe dla niej tematy. Przy badaniu z dnia 30 czerwca treści patologiczne wybuchają z dużą mocą.

Historję leczenia insuliną tej chorej przytoczyliśmy tak szczegółowo, jako model walki czynników tłumiących z patologicznemi.

Widzimy, że ta walka, która w przypadku ostrym daje względnie szybko rezultat pomyślny, w przypadku przewlekłym przypomina w swojej dramatyczności walkę z niby pokonywanym, ale wciąż się odradzającym demonem. Doświadczenie nasze nie jest wystarczające do wytworzenia sobie poglądu na ostateczny wynik takiej walki: w każdym razie musimy powiedzieć, że jest ono zachęcające.

Wypadnie nam skolei scharakteryzować formy, w jakich przebiega obraz kliniczny kuracji insulinowej, jako całości. Niewielka ilość naszych przypadków nie pozwala nam, być może, na uchwycenie wszystkich form, jakie tutaj występują.

Odrębne miejsce należy się przypadkom depresyj czystych endogennych albo też połączonych z elementami psychorodnemi, względnie paranoidalnemi.

W przypadkach takich próbowaliśmy, jak już wspomniano, stosowania mniejszych dawek insuliny w celu wywołania jedynie lekkiego wstrząsu hypoglykemicznego bez śpiączki.

Nasze doświadczenie kliniczne jest niewystarczające, gdyż obejmuje zaledwie trzy przypadki; jeden z nas *(Bychowski)* stosował tę metodę na większym materjale z praktyki prywatnej i sprawę tę w swoim czasie odzielnie przedstawi. Narazie przytaczamy pokrótce dwa z naszych przypadków klinicznych, w których osiągnęliśmy wynik doprawdy uderzający. W trzecim przypadku, u chorej z depresją przedstarczą, wyniku leczniczego nie osiągnęliśmy. Czy zdecydował o tem dość zaawansowany wiek chorej (lat 57) czy też jej konstytucja psychiczna, która niezgodnie z cielesną pikniczną przedstawiała się jako schizoidalno-hyperestetyczna, — o tem, rzecz prosta, nie możemy tutaj decydować.

A oto dwa pozostałe przypadki:

Chora B. W., lat 50, zamężna. Konstytucja cielesna pikniczno-dysglandularna, konstytucja psychiczna syntoniczna o cechach hyperestezji. Poza bratem chorej, który jest alkoholikiem i przechodził delirium tremens, brak innych momentów rodzinnych. Chora z usposobienia łagodna, uczuciowa, przywiązana do rodziny. Wrażliwa, przeczulona, otwarta, szczera, pogodna, obecnie raczej smutna.

Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły w październiku ubiegłego roku (przed pół rokiem). Zaczęła robić niepotrzebne sprawunki (wydała około 500 zł. z oszczędności męża bez potrzeby). Stała się nadmiernie pobożną, zapisywała się do różnych towarzystw dobroczynnych, całemi dniami przebywała w kościele, głośno się modliła. Zaniedbywała obowiązki domowe. We wrześniu ubiegłego roku straciła perjod, uprzednio w ciągu półrocza miesiączkowała nieregularnie. Od czasu utraty perjodu stała się bardzo lękliwa, skarżyła się na bóle głowy, pokładała się. Objawy lęku, niepokoju, przykrych sensacji w okolicy serca, bezsenności ulegały pewnym wahaniom, — i tak od listopada do stycznia r. b. uległy one częściowemu zwolnieniu, utrzymywało się natomiast zobojętnienie w stosunku do męża i ro-

dziny. Następnie wystąpiło znowu pogorszenie i nowe objawy w postaci omamów wzrokowych: chora widziała jak biczują Chrystusa i przybijają Go do krzyża, mówiła, że ma krzyż na języku. Zaczęła coraz gorzej sypiać, przed miesiącem groziła, że popełni samobójstwo.

Na oddziale chora — zorjentowana, opowiada o swojej chorobie. Czuje się źle, prosi o ratunek. Sądzi, że jej przeznaczeniem jest cierpieć. Niepokoi się o syna, który niema pracy. Czuje, że kraj jest w niebezpieczeństwie, wie, że trzeba się modlić. Gdy szła ulicą, miała przeczucie, że ktoś kieruje jej krokami.

24.III rozpoczęto leczenie małemi dawkami insuliny (20 do 40 jednostek). Po injekcjach senna, lekkie pocenie się i głód. Uważa, że to leczenie dobrze jej robi. Uważa nadal, że wszyscy muszą się modlić, ale nie jej rzeczą jest tem się zajmować. 27 i 28.III występuje wybitna poprawa. 30.III chora w stanie hypoglikemji czuje się bardzo dobrze. Po 6-u injekcjach insulinę przerwano.

4.IV. Jest zupełnie spokojna i pogodna, wykazuje krytycyzm co do przebytej choroby. Po zastrzykiwaniach stawała się coraz spokojniejsza. Uśmiecha się, mówiąc o tem, że myślała o ratowaniu świata.

6.IV — Wypisana, zdrowa.

Chora M. E., lat 52, obraz kliniczny niezmiernie złożony i różnobarwny. Akuszerka, zaradna i energiczna, momentów dziedziczności podobno brak. Dobra dla rodziny. Przed 6-u laty asystowała przy poronieniu, — lekarz ją oskarżył — napadli na nią, pobili pałkami, obsypali żarzącym węglem. Straciła prawdopodobnie przytomność, odwieziona do szpitala miała drgawki; nazajutrz przytomna. Przez 2 lata pracowała jeszcze zawodowo; mimo zdenerwowania zaczęła rozjeżdżać do lekarzy o pracę; po roku wystąpił stan melancholiczny, mutacyzm, tendencje samobójcze, sitiofobja; odratowano ją z powieszenia i przez dwa lata czasem jeszcze pracowała; potem podniecona, biła rodzinę, ale przed obcemi dyssymulowała. Prawdopodobnie napady padaczkowe — piana, trzęsła się upadała.

Od 2-ch lat mieszka sama w Warszawie, — obserwuje ją od 9-u miesięcy gospodarz mieszkania, stwierdza ciężkie objawy psychotyczne: chora smarowała kałem, zawijała kał w papier i chowała w otomanę, chciała wyskakiwać oknem, mówiła, że chce pójść do grobu, proponowała, ażeby włożyć jej na głowę worek i żywcem zakopać, nie rozbierała się i nie myła, w przeciągu 9-ciu miesięcy raz jeden zmieniła bieliznę.

Na klinice: skarży się na drżenie i zimno, wypowiada inne skargi somatopsychiczne: bierze skórę w ręce, pokazuje, że ma ciało gruźlicze, nienormalne. Jest gorsza od innych, dużo ludzi przez nią cierpi, nie powinna żyć.

Występują napady drgawkowe, bądź spontaniczne bądź też przy usiłowaniu wykonania nakłucia lędźwiowego. W tym ostatnim przypadku — 6 napadów jeden po drugim. Na te napady składają się skurcze toniczne, rotacja ciała dookoła własnej osi, déviation conjuguée oczu i głowy, nieco piany; nie reaguje na ukłucia, brak krwawienia, odruchy spojówkowe i rogówkowe, źrenice reagują.

Przy badaniach somatycznych silny opór. Urojenia depresyjne: jest „porujnowana", odmawia przyjmowania pokarmów. Płacze. Bardzo wzruszona wizytą córki. Potem wypowiada obawy, że jej dzieci są zabite. Prosi, by ją zastrzelić. Poczucie zagubienia: pyta, do kogo należy, oczekuje zagłady. Wydaje się jej, że członkowie rodziny zjawiają się w szpitalu, ale są do niej niedopuszczani. Stosunek do lekarzy ambiwalentny: to wierzy w ich dobre chęci, to znów obawia się, że z ich strony może ją spotkać krzywda.

W grudniu 1935 odmowa jadła, karmiona zgłębnikiem, po nakarmieniu uciska brzuch rękami, usiłuje zwymiotować (musi być stale pilnowana). 16, 17 i 18.XII otrzymała 3 inj. insuliny, wykonywane w 2 godziny po nakarmieniu zgłębnikiem (raz 20 jednostek i 2 razy po 30), 26-go po ostatniej injekcji wystąpiła śpiączka z utratą przytomności, tętno słabo napięte. Injekcje przerwano.

Karmiona jeszcze w ciągu ok. 2-ch tygddni — następnie zaczęła sama jadać. Odtąd jada sama. Przejściowo skarżyła się na ból brzucha, następnie na utratę czucia w prawem udzie i podudziu. Rzeczywiście nie reaguje na bodźce bólowe w tych okolicach. Kontakt z chorą jednak jest lepszy. Wykazuje pewne skłonności do hypochondryzacji: naprzód przyznaje, że przedtem kaszlała więcej, ale teraz wypluwa zieloną flegmę. Zapytana dlaczego nie jadała, odpowiada, że nie była w stanie przełykać i wymiotowała.

Naogół przygnębiona, smutna, małomówna, często płacze, niepokoi się o los dzieci — podaje, że jedna z chorych mówiła, że dzieci pacjentki są zabite. Na propozycję, aby napisała list do córki, mówi, że w ręku nie ma jeszcze siły.

Chora jest w dużej mierze zorjentowana, wie, że jest wiosna (marzec), nastawienie przeważnie depresyjne („Pan Bóg robi klimat, ale nie dla niej, bo ona z tych zmian i tak nic mieć nie będzie"). Wypowiada w sposób niezbyt jasny, ale stanowczy obawy oczekującej ją zagłady, pyta np. czy zobaczy jeszcze zejście ze schodów. Traktuje pewne zabiegi lecznicze jako karę za swoje winy. Swoje odseparowanie od rodziny traktuje także jako karę. Słyszy, że codziennie ktoś inny przychodzi tu do niej z rodziny, ale go do niej nie dopuszczają — rodzina jej ginie. Omamy słuchowe chorej nie dadzą się również jasno sprecyzować, chociaż wydają się być niewątpliwe. Nie udaje się otrzymać dokładniejszej odpowiedzi na pytania, za jakie winy ta kara spotyka chorą.

11.III rozpoczęto leczenie małemi dawkami insuliny (20 jedn. codziennie). W $1^1/_2$ godz. po injekcji chora senna, skarży się na bicie serca, lęk i niepokój, następnie występuje drżenie kończyn i chora lekko się poci. Przy następnych injekcjach, niepokój, przygnębienie, lęk. Po 3-ej injekcji zasnęła niezbyt głęboko, obudzona zjadła sama śniadanie. Po 5-ej inj. badana w gabinecie jest spokojniejsza i w lepszym humorze — po chwili jednak powraca do urojeń samoponiżenia, „to wszystko moja wina. Za nic sprzedałam swoją rodzinę". Po injekcjach chora odczuwa pewien niepokój, poci się, następnie zasypia, ale niezbyt mocno. Apetyt ma dobry. Budzi się i śniadanie zjada sama. W następnych dniach weselsza.

18.III — dowcipkuje, rozmawia z lekarzem przy śniadaniu, nawiązuje do tego, że się poci po injekcjach i mówi: „w Piśmie Św. napisano jest, że w pocie czoła będziesz pożywał chleba, ale musi to być pot naturalny, — a pan doktór robi mi pot sztuczny". W dalszym ciągu rozmawia zupełnie rozsądnie o swym zawodzie akuszerki. W okresach hypoglikemicznych spokojna, senna, 26.III — na widok śniadania płacze, po zjedzeniu śniadania spokojna, zorjentowana, dziękuje lekarzowi za opiekę. Ogółem chora otrzymała 14 injekcji po 20 jednostek. Przeniesiona na oddział spokojny. Badana 28.III, potwierdza, że nie była przytomna, nie wszystko sobie przypomina. Podaje mniej więcej kiedy przybyła do szpitala— przypomina sobie okres leczenia insuliną (ciężar mózgu i poty, serce waliło, często zasypiała). Jak się budziła, to czuła się bardzo rozdrażniona, trwało to kilka minut i mijało. Teraz jest o wiele silniejsza. Pisze zupełnie rozsądny list do córki. Podczas następnych dni przebywa w pracowni, szyje, interesuje się otoczeniem, martwi się tylko tem, że nikt z rodziny się nie zgłasza. 5.IV twierdzi, że codziennie ktoś przychodzi, lecz nie zostaje dopuszczony — „wszystko załatwia się w pierwszym pokoju".

Chora żywo reaguje na pytania, tyczące się spraw domowych, podczas rozmowy z pacjentką uderzają z jej strony pewne dziwactwa (chora np. stuka palcem w stół, co ma znaczyć, że jak kto się do niej zgłosi, to zastuka), przy końcu rozmowy twierdzi, że córka jej jest w Warszawie i siedzi w kryminale. W ciągu następnych tygodni chora spokojna, kontakt z chorą dość dobry, niekiedy udaje się chorą namówić do pracy. Jada niezawsze regularnie i dostatecznie, źle sypia, w nocy wstaje, poprawia łóżko, zdejmuje koszulę, przeszkadza spać innym chorym. Spokojna, martwi się, że niema listu i że nikt z rodziny się do niej nie zgłasza, chciałaby się bardzo wypisać ze szpitala. Istotnie chorej od szeregu miesięcy obiecano wypisanie, niestety jednak nikt się nie zgłasza i to niewątpliwie pogarsza stan chorej.

Przechodzimy do grupy schizofrenicznej, z której przytoczymy niektóre przypadki, w których zaburzenia psychiczne całkowicie zniknęły.

A. Ż., lat 30, litograf. Przybył dnia 8.IV.36, wypisany w stanie zdrowia dn. 23.V.36.

Konstytucja psychiczna—schizoidalna, konstytucja somatyczna—wybitnie leptosomiczna. Rozpoznanie kliniczne: schizofrenja katatoniczna. Obarczenie dziedziczne nie daje się stwierdzić. Początek choroby w styczniu 1936 r.; urojenia prześladowcze; ugłośnione myśli; nie odżywiał się i nie mówił.

Somatycznie. Brak kontaktu, negatywizm, mutacyzm, zachowanie się zdradza lęk i niepokój. Karmiony zgłębnikiem.

Od 18.IV.36 dawano insulinę codzień, od 30 jednostek; poty; potem senność, drgawki; przy inj. siódmej a trzeciej po 50 jedostek — chory zasnął. Przy inj. 7 po 50 jednostek chory zaczął odpowiadać na pytania.

W czasie stosowania insuliny ciepłota podnosiła się często do 37,6^0 C.

Przy inj. wogóle 14-ej a drugiej po 60 jednostek wystąpiła zapaść. Chory był ratowany środkami farmakol. oraz glukozą (ogółem 600 cm^3 dożylnie); obudził się dopiero w 12 godzin po inj. insuliny. Kontakt po tej zapaści szczególnie się poprawił, rozmowa wykazywała poczucie choroby: „to była choroba snu". Ogółem otrzymał 17 injekcyj insuliny. Wypisany jako rekonwalescent, prawie zdrów; badany z racji demonstracji klinicznej prezentuje się jako zupełnie zdrowy.

A. K., lat 32, były urzędnik. Przybył 18.II. 1936 r., wypisany jako zdrowy 11.V.36.

Konstytucja psychiczna schizoidalno-hyperestetyczna, konstytucja somatyczna mieszana; rozpoznanie kliniczne: katatonja z elementami psychorodnemi.

Ojciec podaje: Brak obciążenia dziedzicznego. Pacjent rozwijał się normalnie; skończył szkołę powszechną, uczył się dobrze i chętnie. Od 15 roku życia do 28 roku pracował w biurze jako urzędnik. Cztery lata temu zredukowano go, potem pracował dorywczo.

Choroba rozpoczęła się w grudniu 1935 roku. Był zdenerwowany. Narzekał na bóle głowy i na zapalenie twarzy. Przejmował się. Podejrzewał, że otoczenie i narzeczona trują go; szukał trucizny w ubraniu.

4 stycznia b. r. lęk, zamyka drzwi, nikogo nie wpuszcza do mieszkania, zagląda pod łóżka, mówi, że za nim ktoś chodzi. Sypią na niego trujące proszki. Zwierza się, że wykrył spisek szpiegowski. Pobiegł zameldować o tem do II. Komisarjatu P. P. Mówił do siebie, gwizdał. Przemawiał do niewidzialnych osób. Agresywny w stosunku do otoczenia.

Na klinice:

Brak kontaktu. Negatywizm. Mutyzm. Monotonja ruchów. Karmiony zgłębnikiem.

6.IV.36 — rozpoczęto leczenie insulinowe, począwszy od 20 jedn. codziennie. 5 inj. Przy 50 j. m. coma. W trzy godziny po injekcji drgawki. Sinica. Słabe tętno. Zastosowano wlewanie do żyły 20 cm³ 40% glukozy.

7 inj. o godz. 60 j. m. insuliny. O 11 m. 30 coma. Po nakarmieniu sondą obudził się dopiero o 3 pp. Wieczorem o 8-ej ponownie zasnął. Obudzony przez wlanie do żyły 30 cm³ 40% glukozy.

19.IV.36. Kontakt dobry. Zorjentowany. Lekko zahamowany. Miał skrępowaną wolę i dlatego nie odpowiadał na pytania, pomimo że osoby rozpoznawał i rozumiał co do niego mówiono.

8 inj. 20.IV. Kontynuowanie leczenia. Codziennie 60 jedn.

11 inj. 24.IV o 8-ej godz. 60 m. j. insuliny. O 11 m. 30 coma. O 12 m. 30 collapsus. Zastosowano masaż serca. Wlano dożylnie glukozę ze środkami naczynioruchowemi.

W następnych dniach kontakt coraz lepszy. Zorjentowany. Odżywia się sam. Od czasu do czasu iteracje.

5.V. Powróciło przychylne uczucie do rodziny. Nuży go pobyt w klinice. Chce zajęcia, pracy. Myśli o przyszłości. Cieszy się z powrotu do zdrowia. Wykazuje pełne zrozumienie przebytego cierpienia. Taktowny i uprzejmy.

11.V — Wypisany w stanie zdrowia.

A oto przypadek schizofrenji z natręctwami:

J. G., lat 31, robotnica, przybyła na klinikę w dniu 30.III.36, opuściła klinikę 5.V z dużą poprawą. Konstytucja cielesna leptosomiczna, konstytucja psychiczna schizoidalno-anankastyczna.

Pod względem dziedzicznym nic szczególnego. Chora od dziecka bardzo religijna, skrupulatna, moralistka. Nauka przychodziła jej z trudem (6 lat chodziła na pensję, ukończyła 4 klasy). O zamóżpójściu nie myślała, od chłopców stroniła, nie tańczyła, nie chodziła na wieczorki. Po wyjściu z pensji zaczęła zarobkować, od 1927 r. pracuje w fabryce, ma tam dobrą opinję. Zawsze wrażliwa, gdy się do niej szorstko odezwać. W 1928 czy 1929 r. nosiła się z myślą wstąpienia do klasztoru, lecz jej nie przyjęto. Od kilku lat chora, mówi do siebie, wykonywa jakieś gesty, bierze się za głowę, chodzi po pokoju, gdy nikogo niema. Po śmierci matki w 1931 r. objawy te uległy nasileniu. Od 2-ch lat chora pracuje mniej sprawnie (zamyśla się podczas pracy), tak że koleżanki muszą jej zwracać uwagę. Przed rokiem mówiła podobno którejś z koleżanek, że obcowała cieleśnie z Chrystusem. Od miesiąca mówi, że ją prześladują czarci i że ma zdrożne myśli. Zaczęła źle sypiać i opuszczała się w pracy. Na tydzień przed przybyciem na klinikę przyszła do swej siostry, rzuciła się na podłogę, głośno się modliła, zachowywała dziwacznie, śpiewała, mężczyznom kazała wychodzić z pokoju. Innym razem oddała stolec na podłogę, mówiąc, że ze stolcem wychodzi z niej djabeł. Chodziła do księdza, aby odprawiał nad nią egzorcyzmy. Krzyczała. Przestała pracować na 5 dni przed przybyciem na klinikę.

Przy badaniu na klinice przybiera pozy katatoniczne i nie chce usiąść na krześle. Wzywa pomocy Matki Boskiej. Krzyczy, że koło niej jest szatan i że go widzi. Klęka, wyciąga ręce przed siebie — mówi patetycznym tonem: „Niepokalanie poczęta, zwyciężyłaś". Mówi, że widziała Lucyfera w swym pokoju na ścianie. Chora trzyma medalik na czole przyciśnięty do skóry. Twierdzi innym razem, gdy jest spokojniejsza, że męczy się tak od 13-tu lat, w 18-ym roku życia

zaczęła już mieć złe myśli od szatana. Przed 3-ma tygodniami posłyszała wyraźnie głos, który do niej mówił.

3.IV. Początek leczenia insuliną: po 30 i 40 jednostkach poci się i jest senna. Po 60 jedn. sen głęboki, obudzona karmieniem, okres budzenia się dość długi. Po obudzeniu zwykle dość podniecona, najsilniejsze podniecenie wystąpiło 14.IV.36 po 60 jedn., po obudzeniu krzyk trwający bez przerwy przez godzinę, podniecenie ruchowe — kopie, uderza głową. W 3 godziny po karmieniu jeszcze zamroczona — zamroczenie trwało aż do wieczora. Następnych dni błaga o zaprzestanie tych injekcyj, twierdzi, że „przez zastrzyki dostaje obłędu". Duch ciemności już ją prześladuje, przedtem za wiele się modliła.

Zmniejszono dawkę do 40 jedn. — dawka ta już wywołuje głęboki sen z chrapaniem i objawem Babińskiego.

Po następnych injekcjach chora skarży się na szum w uszach i uczucie mrowienia na skórze — prosi na wszystko o zaprzestanie tego leczenia. Po 19 injekcjach — przerwa. Podczas badania kontakt z chorą dobry, odpowiada spokojnie, mówi, że leczenie jej zaszkodziło, bo ma gorszą pamięć i gorzej się czuje. Ma pretensje o leczenie, bo po injekcjach strasznie się męczyła i czuła jakgdyby zbliżającą się śmierć. Teraz głosów nie słyszy i szatan jej nie prześladuje. Niepokoi się, aby wskutek przerwy w pracy wskutek choroby nie zaangażowano jej na innych warunkach, nie obniżono poborów.

5.V. Wzięta na urlop przez brata. Chora bezpośrednio po wyjściu ze szpitala powróciła do pracy. 20.V brat podaje, że chora pracuje — w dalszym ciągu nie ma świadomości przebytej choroby (twierdzi, że prześladował ją szatan). Czuje się dobrze, jednak skarży się na mrowienie w kończynach, co wiąże z przebytem leczeniem insuliną. Pozostawiona przez dłuższy czas sama w pokoju, zamyśla się, robi jakieś gesty i grymasy.

Przypadek następujący, z którego historji choroby już poprzednio przytoczyliśmy urywek, ilustrujący uczulenie na insulinę, zasługuje na uwagę ze względu na pewne osobliwości przebiegu klinicznego w czasie leczenia.

F. Z., urzędnik, lat 26. Przybył 12.XII. 1935, wypisany 7.VI. 1936 w stanie zdrowia. Konstytucja psychiczna i somatyczna mieszana. Rozpoznanie kliniczne: schizophrenia paranoides. Potatorium.

Brak obciążenia dziedzicznego. Chorób żadnych nie przechodził. W 1929 r. otrzymał maturę i wstąpił na W. S. H. Studja szły dobrze. Służbę wojskową odbył normalnie. Od roku pracował w P. K. O. jako urzędnik. Pił wódkę, od czasu do czasu upijał się. Zachorował nagle 11.XII. 1935 r. Mówił niedorzeczności, chciał cały świat zbawić, zaprowadzić w świecie sprawiedliwość. Częściowo agresywny.

Na klinice: wypowiada urojenia prześladowcze. Szpiegują go, toczy się walka złego z dobrem. Gdyby on zginął, wszyscy zginęliby na świecie. Podejrzewano go o to, że chce wykraść tajemnice wojskowe, chciano go otruć (pomagał przy organizacji kasyna podoficerskiego w małem mieście). Widział szatana, który go kusił. Dobry duch jest z nim. Djabeł szepcze mu do ucha. Zachowanie dziwaczne. Zanieczyszcza się moczem. Wypiera się swoich rodziców, twierdzi, że tutejszy profesor operował mu kiedyś migdałki.

Od dnia 12.III. 1936 rozpoczęto leczenie insuliną. Przy 80-u jedn. chory zaczął się pocić, przy 90-u zasnął.

Epizod uczulenia (patrz wyżej) od dnia, w którym naskutek „przedawkowania" zjawiły się trudności w budzeniu, zaczęła występować wyraźna poprawa stanu psychicznego. Poprawa ta rozwijała się etapami i obejmowała powolne skorygowanie urojeń aktualnych oraz odnoszących się do przeszłości, wreszcie zupełne zdystansowanie się w stosunku do ostrego epizodu omamowo-majaczeniowego, od którego się cała sprawa rozpoczęła. W toku leczenia wraz ze wzrastającą poprawą uderzał obraz o wyraźnych cechach hypomanjakalnych. Wybitna euforja, wzmożone samopoczucie, nazajutrz się wypisuje, za parę dni bierze ślub (istotnie był zaręczony), pisze pracę dyplomową, wstępuje na medycynę. Nastrój odpowiedni. Stan ten minął bez śladu, mimo, iż leczenie insuliną zostało przerwane z chwilą całkowitego zniknięcia objawów urojeniowych.

Możnaby przypuścić, iż w wystąpieniu tego przesunięcia obrazu klinicznego znaczną rolę odegrały czynniki ustrojowe piknicznosyntoniczne.

Podobne przesunięcie obrazu w toku leczenia insuliną spostrzegaliśmy w następnym przypadku, który przytaczamy z innych jeszcze względów.

S. K., lat 19, z mieszczańskiego środowiska, ortodoksyjnej rodziny żydowskiej, zerwała z rodziną, pracowała jako robotnica, należała do organizacyj radykalnych.

Skryta, zamknięta w sobie, przytem łatwowierna. W stosunku do rodziców zawsze oporna, już we wczesnych latach szkolnych — ciągłe konflikty. W konstytucji cielesnej dużo pierwiastków pyknicznych.

Wybuch psychozy na dwa miesiące przed internowaniem. Mówiła, że w organizacji posądzają ją o prowokację, chcą ją zabić, dentysta miał na niej wykonać wyrok śmierci. W Polsce nastąpił przewrót bolszewicki. Po miesięcznem uspokojeniu i depresji objawy gwałtownego podniecenia, pełna urojeń: ma syfilis, nie jest żydówką, nie jest córką swych rodziców.

Na klinice: podniecona, śpiewa hymny komunistyczne, opowiada rozwlekle, skojarzenia dziwaczne, jest sunny boy, produkuje bogate zafałszowania pamięci i urojenia ksobne, dotyczące ostatniej przeszłości.

Już po pierwszych zastrzykach insuliny wyraźne uspokojenie. Próby psychoterapji w stanie hypoglikemji (patrz. wyż.). Po 7-u zastrzykach przerwa świąteczna. Wyraźna poprawa, uspokojenie. Po 11-u zastrzykach — naprzód w stanie hypoglikemicznym, a potem w stanie zwykłym wycofuje się z urojeń. Poprawa postępuje, ale nastawienie oporowe w stosunku do rodziny trwa nadal, mimo przemijających zmian na lepsze. Kuracja jest kontynuowana. Po 25-u zastrzykach koryguje całkowicie, ale w obrazie klinicznym zjawiają się coraz wyraźniej rysy histeryczno-hypomanjakalne: afektywnie zmienna, płaczliwa, pobudliwa, wielomówna; podczas demonstracji klinicznej (3.VI.36) nie przestaje mówić, podniecona, ekspansywna — wszystko przy braku jakichkolwiek elementów urojeniowych.

W miarę kontynuowania kuracji objawy te ustępują. Zjawia się poczucie swych defektów charakterologicznych, które chora ocenia jako nieuleczalne. Wszystko to splata się z niechętnem nastawieniem do rodziny i z ostrym wobec tego problemem wypisania. Chora nie chce być wypisana przez rodzinę, chce wyjść z kliniki zupełnie sama. Konflikty na tem tle pogarszają przelotnie i pozornie stan chorej, ale dają się wreszcie załagodzić — już bez leczenia insuliną, tylko przy odpowiedniej psychoterapji.

Przytaczam charakterystyczne urywki z badania:

21.VI. Niedziela, przerwa po 37 zastrzykach insuliny.

22.VI. W nocy nie spała, stan zdenerwowania jest u niej stały. To już jest jej stan zdrowia, jest więcej niż przeciętnie nerwowa. Już w zeszłym roku miała okres taki, myślała, że zwarjuje.

Widziała się wczoraj z matką. Uważa, że oni wiele razy o to samo się pytają, tak jakgdyby ona musiała zawsze myśleć nielogicznie. Jest wrażliwa na to, co sobie ktoś o niej pomyśli — ona sama miała zły stosunek do ludzi, którzy „zwarjowali".

Po ostatniej serji zastrzyków uspokoiła się zewnętrznie, ale zdaje się jej, że byle co ją podnieca. Pyta jak reagować na podniecenie. Nie znajduje ludzi dla siebie. Pyta: „Co to za objaw"?. Nigdy nie mogła przyjaźnić się przez dłuższy czas z jedną koleżanką, rzucała je, lubiła częstą zmianę otoczenia.

25.VI.36. Opowiada z zadowoleniem o tem, że kiedy ją jedna z chorych uderzyła, to ona opanowała się i nie oddała jej. Przyczynę choroby upatruje w złych warunkach pracy fabrycznej; opisuje dokładnie i z przejęciem ciężkie warunki hygjeniczne pracy i los robotnic. Wychodząc z domu postanowiła zarabiać pracą fizyczną, zrezygnowała z tego, żeby się porządnie nauczyć jakiegoś zawodu. W zeszłym roku na tle przeżyć osobistych poczuła się niedobrze, uważała, że jest tępa. Wyszła z domu bez zastanowienia, mając 2 złote w kieszeni. Na ulicy wszystko wydawało się dziwne, zmienione....

W uczucie matki dla siebie nie wierzy. Zawsze myślała, że jest dla nich niepożądanem dzieckiem.

W przypadku tym chcielibyśmy zwrócić uwagę na wybitne znaczenie momentów psychicznych w trakcie leczenia i w okresie następującym bezpośrednio po leczeniu.

Tutaj — jak zresztą i w niektórych innych przypadkach — mogliśmy się przekonać, że psychika chorej w tych okresach jest jakgdyby bardziej wrażliwa, podatna na wpływy zewnętrzne. Wynika stąd konieczność uwzględnienia wszelkich czynników zewnętrznych zarówno w samej klinice, jak i w zachowaniu się osób odwiedzających. Podobnie jak w kuracji narkomanów niezmiernie ważne wydają się tutaj warunki, do których chory wraca i które stanowią dlań perspektywę przyszłości, cel, do którego dąży.

Następnie podajemy skrót historji przypadku o charakterze raczej przewlekłym, u którego leczenie insuliną dało wynik bardzo pomyślny.

R. K. lat 26 krawiec, przybył 20.III. 1936 r. Matka podaje, że mąż jej (ojciec chorego) miał w chwili urodzenia syna lat 60, był alkoholikiem.

Chory był od dziecka trudny do prowadzenia, uparty, mściwy, skryty, dokuczliwy. Choroba zaczęła się przed kilku laty, podobno miał przekroczenia służbowe w wojsku, przebierał się w mundury starszych szarż; zwolniono go z powodu choroby. Od roku zobojętniał wobec matki i najbliższych. Zaczął przejawiać różne fantastyczne pomysły.

Gdy przybył do kliniki, przedstawiał obraz podniecenia psychicznnego i ruchowego. Lekarza tytułował pułkownikiem, uważał, że jest w szpitalu głównie z powodu dolegliwości fizycznych, obrażeń na k. k. g.

Wielomówny, przeskakuje z tematu na temat, do niczego nie przywiązuje głębszej wartości, wszystko jest na jednym planie uczuciowym.

Uważa się za wybrańca Boga, który ma do spełnienia misję zjednoczenia narodów, wyznań, przekonań politycznych. Jako wybraniec Boży i najsprawiedliwszy Sędzia, musi ocalić Abisynję. Wyda bój Mussoliniemu w powietrzu na samolocie; sam pójdzie na całe armje i oczywiście zwycięży. Jest uniwersalny „homo universum", jego dewizą jest W. I. B. (w imię Boga), potrafi dokonać wszystkiego, czego zechce. Jest lepszym niż papież, jest następcą Chrystusa. Spowoduje, że będzie jedna owczarnia i pasterz.

Potrafi: „służyć do mszy św., co to się teraz dzieje w Polsce, oprawiać książki, ogrodnictwo, wyrób win z jabłek i innych owoców, mogę zdawać egzamin, wyrób powideł, wyrób różańców, strzyżenie męskie, damskie, golenie, krawiectwo...".

Ma wynalazki: 1) uniwersalnej szabli-człowieka (dookoła człowieka kręcą się prądem szable i nikt nie da rady), 2) marynarka noszona na obie strony, 3) kieszonka w rękawie, 4) wynalazek zapylania kwiatów, 5) pomysł orderu.

Ma nadprzyrodzone właściwości: może czytać z twarzy ile kto ma lat, wyczuwa zbliżający się ból głowy i naprzód kupuje proszek, siedzi tu, a duch jego w Abisynji....

Jest wielki ma wielkiego ducha, o tem słyszał raz jedyny przez telefon; słyszał zamiast słów „która godzina" — słowa: „tyś słuch Boży".

Innych halucynacyj ani iluzyj nie miał.

Ostatnio pisał do gen. Rydza-Śmigłego, stawał do popisu w Polskiem Radjo jako naśladowca głosów zwierząt, kompozytor nowego hymnu narodowego. Coraz bardziej tracił poczucie rzeczywistości.

Insuliny otrzymał ogółem 33 wstrzyknięcia, maximum 60 jednostek. Sen był głęboki, coraz szybciej zasypiał w miarę stosowania insuliny, tak że od 21-ej injekcji zasypiał już w 10 — 15 minut.

Od 17-ej injekcji początek wycofywania się z „uniwersalności", ale właściwa i trwała poprawa zaczęła się przy 24-ej injekcji. Z planów wielkościowych zaczął się tłumaczyć zdenerwowaniem i brakiem pracy, zjawiły się konkretne dążenia do wypisania go i do pracy, jeszcze blade, ale spontaniczne.

Obecnie pracuje na oddziale, chętnie i pilnie, spokojny, grzeczny, taktowny. Mówi o sobie, że chorował na umysł i nerwy, że plany wobec trudności były chorobliwemi urojeniami. Do matki żywi uczucie synowskiego przywiązania, chce, żeby przychodziła (przed leczeniem zabronił matce odwiedzin), napisał serdeczny list do niej.

Jednak na życie osobiste patrzy jeszcze zbyt jasno, wydaje mu się, że pracę znajdzie łatwo, że mu pomogą znajomi i koledzy, ma skłonności do powierzchownej oceny wszelkich przeciwności. Gdy nikt mu nie przeszkadza przy pracy, śpiewa pieśni głośno, donośnie, ale o treści spokojnej o słowach pełnych poezji i miłości.

Zostaje przypisany do opieki poza-zakładowej w Choroszczy.

Na zakończenie przytaczamy przypadek — jedyny w naszym materjale — czystej katatonji z przewagą elementów osłupieniowych. Odrębny wpływ leczenia insuliną na motorykę i na sferę psychiczną umożliwia cenne wejrzenie we wzajemną zależność tych zakresów i zasługuje, zdaniem naszem, na szczególną uwagę.

J. B. lat 36, wdowa, przybyła na Klinikę 24.IX.34. Rozpoznanie schizophrenia katatonica, anuria nervosa. Obciążenia dziedzicznego brak. Konstytucja cielesna mieszana, psychiczna mieszana o cechach schizoidalnych. W końcu 1931 r. po przebytej operacli brzusznej dostała silnego napadu płaczu, następnie stała się bardziej skryta i milcząca, mniej towarzyska. W 1933 r. na pogrzebie męża straciła przytomność i dostała drgawek, później tego nie pamiętała. Ostre objawy psychotyczne rozpoczęły się 21 września 1934 r. Chodziła po schodach ze świecą, stała kilka godzin na ulicy, dostawała napadów podniecenia ze wstrząsami całego ciała i pianą na ustach. Zrywała się z łóżka i wołała „puśćcie mnie do okna". Na Klinice negatywistyczna, nie odpowiada na pytania. Na oddziale krzyczy „ja nie chcę tu być, pójdę do syna lub przyprowadźcie tu syna". W gabinecie nic nie mówi. Nie oddawała moczu. Zgłębnikiem wypuszczono zaledwie 10 cm^3 moczu. Całą następną dobę moczu nie oddaje. Następnie oddaje mocz po zasrzyku salyrgenu. W dalszym ciągu pewien kontakt słowny udaje się z chorą nawiązać — odpowiedzi chorej są coraz bardziej skąpe. Wystąpił drugi okres bezmoczu, trwający dwie doby (11.X). Chora odpowiada szeptem lub lekkiemi poruszeniami głowy. Od początku grudnia wystąpił zupełny mutacyzm. W przebiegu choroby występują okresy odmowy jadła. W dalszym ciągu przyjmuje tylko pokarmy płynne. W lipcu 1935 r. zaszczepiono zimnicę, przebyła ogółem 13 napadów, (40^0 C.). Poprawy stanu psychicznego po malarji nie stwierdzono, chora jest b. osłabiona. W styczniu b. r. (10.I), gdy jedna z chorych rzuciła się na syna pacjentki podczas odwiedzin, chora zaczęła wzywać sprawiedliwości i krzyczeć, krzyczała tak przez parę minut, w końcu powiedziała synowi, aby złożył skargę do Komisarjatu Rządu, że jej się tu dzieje krzywda. W ciągu następnych tygodni podnieciła się i krzyczała o społeczeństwie i niesprawiedliwości. Mówi do siebie od czasu do czasu (bez związku), żywo gestykulując, pozatem jednak stupor się utrzymuje.

16.III.35, a więc po półrocznym pobycie chorej w Klinice, rozpoczęto injekcje insuliny. Po insulinie chora łatwo się poci, wykazuje niepokój ruchowy, niekiedy senność, przy powiększaniu dawek insuliny (do 100 jedn.) obraz stanu hipoglikemicznego nie ulega większym zmianom. W stanach hipoglikemji i pozatem chora wymyśla, najczęściej lekarzom. Niekiedy udaje się uzyskać od chorej jakąś odpowiedź. Po dalszych injekcjach insuliny występują hiperkinezy i skurcze toniczne całego ciała.

30.III po obudzeniu (po 11 injekcji) zaczyna odpowiadać zupełnie rozsądnie (uważa badających za lekarzy, którzy chcą chorej dopomóc). Czasami wydaje się, że chora nie może się zdobyć na wysiłek wypowiedzenia wyrazu do końca.

Zaczęto obniżać dawki. Przy badaniu nasilają się wybitnie objawy toniczne, hiperkinezy (nieraz o chakterze rzekomo atetotycznym), wyprężenie całego ciała, skręcanie dookoła osi, tak że chora wypada z łóżka. Dawki insuliny obniżono do 60 jedn., następnie do 40 jedn., wstrząsy niemniej głębokie, ale bez objawów tonicznych. Po 19 injekcjach, podczas przerwy w okresie świąt Wielkiej Nocy kontakt z chorą udaje się zupełnie dobrze nawiązać, chociaż odpowiada szeptem. Przy dalszych injekcjach insuliny objawy podobne jak poprzednio (hiperkinezy, niepokój, stan zamroczeniowy). Skarży się na bóle serca. Na pytania udziela odpowiedzi zupełnie rozsądnie, mówi głośno. Wiąże swoją chorobę ze śmiercią męża, słyszała dawniej dużo głosów. Obecnie mało. Wybitne rygory mięśniowe utrzymują się poza stanami hipoglikemicznemi. Po injekcji 30 jedn. insuliny rygory — zniesione.

5.V. Chora przy dłuższej rozmowie wykazuje dość duży krytycyzm w stosunku do przebytej choroby. Opowiada swoje przeżycia z okresu chorobowego

(halucynacje, głosy, jakby echa, zwidywały się historyczne postaci królów i książąt polskich). Nie mówiła, bo miała trudności w mówieniu, bywają chwile, że i teraz nie może mówić. Nie zdaje sobie dobrze sprawy z długości czasu, który upłynął od początku jej choroby (podaje, że mamy 1937 r.). Dzień tygodnia podaje dobrze.

9.V. Próba nawiązania kontaktu w stanie hipoglikemji. Początkowo przy ruchach biernych występują duże opory (1 godz. po injekcji), następnie rygory słabną, chora drzemie. W pół godziny później, zapytana przez lekarza otwiera oczy, budzi się, mówi, że ma wstręt do siebie, że nie może być człowiekiem, bo nie chodzi. Daje się podnieść z łóżka, staje sztywna, końcami pańców dotyka podłogi. Po chwili napięcie mięśni znów powraca. Poza stanami hipoglikemicznemi chora usiłuje samorzutnie poruszyć ręką (próbuje wyciągnąć rękę do lekarza na powitanie), położone kawałeczki chleba na serwetce pod brodą powoli wkłada do ust. Prowadzona przez dwie pielęgniarki stara się poruszać nogami.

2.VI.36 otrzymała 53-ci zastrzyk insuliny.

2.VI sprowadzona na posiedzenie kliniczne. Przyszła na własnych nogach, podtrzymywana przez 2 pielęgniarki. Sama była zdziwiona, że to się jej udało. Rozmawia ze służbą z uśmiechem, niekiedy nawet żartuje.

Poza podawaniem insuliny, zaczęto stosować systematycznie ćwiczenia w chodzeniu w sensie reedukacji, natrafiając przytem na pełne zrozumienie i dobrą wolę chorej.

Modyfikacje w leczeniu insuliną nie dały widocznych efektów: 1) idąc za wskazówką kol. *Sakla*, któremu zademonstrowaliśmy chorą, korzystając z okazji jego odwiedzin na Klinice, próbowaliśmy budzić chorą w stanie hipoglikemji niezbyt posuniętej, tak mianowicie, ażeby zjadła posiłek sama, 2) próbowaliśmy zwiększać dawki i przedłużać okres snu w celu doprowadzenia do arefleksji, co się nam jednak nie udało.

15.VI chora otrzymała ostatni, 62-gi zastrzyk insuliny (60 jedn.). Stan psychiczny musimy uważać za b. dobry i chociaż rygory mięśniowe trwają nadal, chora stara się coraz aktywniej je przezwyciężać.

Reedukacja wykazuje postęp dobry. W początku lipca chora chodzi już sama po ogrodzie, wprawdzie ciągle jeszcze z trudem i wysiłkiem. Defektów psychicznych niema.

W wypadkach wybitnie przewlekłych wpływ leczenia insuliną był niewątpliwy, choć naogół przemijający. Występowała tutaj zmiana w obrazie klinicznym, przedewszystkiem w sensie usunięcia agresywności, podniecenia i nastawienia oporowego.

Jedna z naszych chorych (hebefrenja, chora od 4-ch lat), która należała zawsze do najbardziej gwałtownych i agresywnych, w czasie podawania insuliny uspokoiła się tak dalece, że np. pod datą 30.IV w karcie choroby odnotowano: wyjątkowo łagodna i cicha. Stanu takiego nigdy dotychczas w przebiegu choroby nie obserwowano. Niestety, ten stan zupełnego uspokojenia trwał zaledwie 10 dni i mimo dalszego stosowania insuliny chora znowu zaczęła się podniecać i wymyślać.

W innym przypadku (schizofrenja paranoidalna o charakterze parafrenji fantastyczno-konfabulacyjnej; czas trwania choroby 4 lata),

przemijająca poprawa dotyczyła wyłącznie stosunku do otoczenia, natomiast cała produkcyjność patologiczna nie uległa zmianie.

Na zakończenie podajemy zestawienie nasych dotychczasowych wyników leczniczych z tem zastrzeżeniem, że co do niektórych zwłaszcza chorych czas obserwacji jest jeszcze niewystarczający. Dodajemy jednak, iż zastrzeżenia tego nie należy rozumieć wyłącznie w sensie negatywnym: widzimy przecież, jak w toku dalszego leczenia czy też obserwacji już po przerwaniu wstrząsów poprawiają się przypadki dotychczas oporne, jak poprawa przekształcić się może w zupełne wyzdrowienie. Podkreślić należy, że niekiedy proces ten dojrzewa już po zakończeniu insulinoterapji.

W każdym razie nasze dane skłaniają nas do podzielenia poglądu Kliniki wiedeńskiej, że wyniki leczenia schizofrenji insuliną przewyższają niepomiernie wszystko, co udało się osiągnąć zapomocą metod dotychczasowych. Metoda jest trudna i odpowiedzialna, wymaga wielkiej pracy i ostrożności ze strony personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Konieczne są dalsze badania i spostrzeżenia, cały szereg nowych zagadnień czeka na swoje rozwiązanie. Nie zostało tutaj jeszcze powiedziane ostatnie słowo, ani pod względem teoretycznym, ani nawet praktycznym.

Oto nasze wyniki.

\+ oznacza poprawę,

\+ + wyraźną poprawę,

\+ + + wyleczenie socjalne,

\+ + + + wyleczenie zupełne (w znaczeniu niemożności znalezienia jakichkolwiek objawów psychopatologicznych w ciągu tego krótkiego jeszcze czasu, który upłynął od chwili pełnego zrozumienia przez chorego przebytego stanu chorobowego).

I. *Kobiety.*

A. Przypadki ostre.

Rozpoznanie:

schiz. z paran. z natręctwami	J. G.	+ + +
schiz. paran.	S. K.	+ + [1]
schiz. z odcieniem paran.	S. W.	+ + +
	Ch. L.	+ + + +
	G. U.	+ + + +

[1] Wobec trudności rodzinnych jeszcze nie wypisana, ale wobec tego, że poprawa stale postępuje, wszystko przemawia za wyleczeniem conajmniej socjalnem, a może i kompletnem.

B. Przypadki przewlekłe. Czas trwania choroby.

schiz. paranoid.	J. W.	4 lata	+
hebephr.	M. J.	4 lata	—
schiz. paranoid. fantastyczno-konfubulacyjna	J. P.	4 lata	—
schiz. katatonica	J. B.	2 lata	+ + [1])
hebephrenja (nasilenie reaktywne?)	M. M.	—	— [2])

II. Mężczyźni.

A. Przypadki ostre.

Rozpoznanie:

schizoph. katatonica	A. Ż.	+ + + +
schiz. paranoid. [3]) alcoh. chron.	F. Z.	+ + + +
katatonja z odcieniem psych.	A. K.	+ + + +
	S. W. (brat chorej S. W.)	+ +

B. Przypadki przewlekłe.

schiz. paranoid.	E. K.	Chory od 3-ch lat	+
schiz. katat.	C. L	„ 2-ch „	+
schiz. paranoid.	S. L.	„ 2-ch „	+ + + +
schiz. paranoid.	R. K.	„ 5-iu „	+ + +

Uwaga przy korekcie (1. XI. 1936).

W przeciągu czasu który upłynął od chwili zakończenia pracy aż do chwili obecnej, obserwacje nasze wzbogaciły się o fakty następujące.

Nowe przypadki. U dwóch mężczyzn chorych od roku osiągnięto zupełne wyleczenie. Co do kobiet, to zupełne wyleczenie osiągnięto w jednym przypadku, trwającym od paru miesięcy, wybitną poprawę w jednym przypadku (oba przypadki schizoprenji paranoidalnej) i pewną poprawę w przypadku schizofrenji lękowo-paranoidalnej okresu inwolucyjnego.

Z pomiędzy chorych wyleczonych nawrot widzieliśmy w jednym przypadku czystej depresji (chora B. W., październik), pozostali chorzy trzymają się bardzo dobrze. Z pośród chorych z poprawą pogorszenie nastąpiło u J. B., i rodzeństwa S. W., nieznaczna zresztą poprawa nie utrzymała się u J. W. i C. L. W przypadku S. K. poprawa rozwinęła się w kierunku zupełnego wyzdrowienia.

---

[1]) Poprawa jest tak wybitna i stale postępująca i to mimo zaprzestania insulinoterapji, że możemy spodziewać się zupełnego wyleczenia.

[2]) Zupełny brak wywiadów a nawet personalji.

[3]) Choroba trwa od roku.

Z Zakładu Psychjatrycznego „Zofjówka" w Otwocku
(Dyrektor: Dr. *J. Frostig*)

DOŚWIADCZENIA NAD LECZENIEM INSULINOWEM SCHIZOFRENJI

podali

J. FROSTIG, J. KISTER, A. MANASSON i WŁ. MATECKI

Sprawozdanie niniejsze omawia w rozdziale pierwszym patologję, klinikę i symptomatologję wstrząsów insulinowych, w rozdziale drugim rozważa przebiegi i wyniki insulinowego leczenia schizofrenji.

Rozdział I.

Ze względu na to, że insulina nie została dotychczas chemicznie wyodrębniona, przedmiotem naszych badań jest fabryczny wyciąg z trzustki zwierzęcej. Następujące rozważania, doświadczenia oraz wnioski ndnoszą się do preparatów insulinowych, a nie do „insuliny". Rozumie się, że w dalszym ciągu będziemy mówili, ze względów zwyczajowych, o działaniach „insuliny".

Preparat insulinowy.

Insulina nie jest chemicznie jednolitą substancją. Preparat zawiera w sobie rozmaite składniki o rozmaitych działaniach farmakologicznych. Zajmował się tem głównie *Santenoise* (1) który wyodrębnia w preparacie 3 substancje: 1) substancję, obniżającą poziom cukru we krwi, 2) wagotoninę, działającą pobudzająco na układ parasympatyczny, 3) substancję, obniżającą ciśnienie krwi. *La Barre* nie mówi o swoich pracach o „insulinie", a określa stale preparat, jako „hormon trzustkowy".

W badaniach doświadczalnych na zwierzętach wyróżniono następujące farmakologiczne objawy działania insuliny:

A. Najbardziej znanem jest działanie insuliny, obniżające po-

ziom cukru we krwi. Dotycząca literatura jest ogromna. Ze względu na to, że ta literatura interesuje przedewszystkiem medycynę wewnętrzną w związku z cukrzycą, a ponadto istnieją bardzo przejrzyste referaty, pominiemy ją w naszych rozważania zupełnie. Z prac doświadczalnych zasługują na wzmiankę doświadczenia *Geigera* (2), który opisuje stan niedocukrzenia, spowodowany przez ogrzewanie krwi w tętnicy szyjnej. Niedocukrzenie nie występuje, jeśli się przetnie obustronnie, a nawet tylko prawostronnie nerw błędny. Wegle *Geigera*, wydzielanie insuliny w trzustce jest następstwem podniet środkowego układu nerwowego, który za pośrednictwem prawego nerwu błędnego działa na aparat wysepkowy trzustki. *Gayet* i współpracownicy (3) nie mogli potwierdzić badań *Geigera*. Z badań *La Barre'a* (4) wynika, że ośrodek wydzielania insuliny znajduje się we wzgórzu wzrokowem. Dalszą drogę opisuje *La Barre* zgodnie z doświadczeniami *Geigera*.

B. Preparaty insulinowe wpływają na równowagę układu wegetatywnego, przesuwając ją w kierunku wagotonji. Wszyscy badacze stwierdzają wzmożoną pobudliwość nerwu błędnego oraz obniżenie pobudliwości nerwu współczulnego (*Santenoise* (5), *Barone* (6), *Eiger i Hurynowicz* (7). *Barone* uważa, że jest to następstwem bezpośredniego działania insuliny na układ parasympatyczny oraz podkreśla wyraźnie, że działanie to jest niezawisłe od stanu niedocukrzenia. Objawy wegetatywne pojawiają się wcześniej, jeszcze zanim stwierdza się obniżenie poziomu cukru we krwi, zaś wprowadzony dożylnie cukier gronowy nie usuwa wegetatywnego działania insuliny.

C. *Nitzesco* (8) stwierdził drogą badań chronaksometrycznych, że pod wpływem insuliny wzmaga się wprzód pobudliwość nerwów obwodowych, a później się zmniejsza.

D. Insulina wzmaga ruchy robaczkowe żołądka i jelit, oraz zwiększa pobudliwość mięśni pęcherza moczowego (*La Barre* 8, 10, 11, *Linquist* 12).

E. Ponadto stwierdza *La Barre*, że hormon trzustkowy na drodze chemicznej oraz za pośrednictwem N. Pneumogastricus pobudza wydzielanie żołądka i trzustki (12, 14, 15, 16).

F. *Schazillo* (17) stwierdza, że insulina jest antagonistką atropiny w zakresie działania na układ parasympatyczny. *Barone* (6) interpretuje doświadczenia te w inny sposób, uważa, że atropina i insulina mają jedynie rozmaite punkty zaczepne.

G. Wedle *Dameshek'a* (18) insulina wzmaga spalanie. Proces ten ma charakter anoxiobiotyczny. We krwi wzmaga się iłość kwasu mlekowego.

H. *Ogawa* (19) stwierdza zahamowanie purynowej przemiany, (zmniejszenie wydzielania N. oraz zasad purynowych moczu).

Szczególnie różnorodny jest wpływ dużych dawek insuliny na układ gruczołów dokrewnych. Wedle *Houssay'a* (20) jest insulina antagonistką wyciągu z neurohypofizy. *Houssay* obserwował wzmożoną czynność partis intermediae przedniego i tylnego płatu przysadki mózgowej. Po hipofizektomji występuje nadwrażliwość wobec insuliny. U zwierząt, u których wycięto trzustkę, zastrzyk wyciągu z tylnego płata przysadki wzmaga poziom cukru we krwi. Takie badania *Collina* i jego współpracowników (21, 22, 23) potwierdzają obserwację *Houssay'a*, *I. Collin* mówi o zwiększonej czynności przysadki mózgowej, zwiększonem wydzielania substancji koloidalnej w przednim płacie, pars intermedia i w neurohipofizie. Substancję koloidalną stwierdza się extraepiteljalnie oraz w naczyniach ośrodków tubero-infundibulo-pituitarnych. Przy długim działaniu insuliny przysadka traci zdolność do wydzielania substancyj koloidalnych. Według tych samych autorów wzmaga się czynność gruczołu tarczykowego. W grasicy zanika kora, przerastają ciałka *Hassala*. Wedle *Corkill'a* (24) adrenalina znosi u zwierzęcia niedocukrzenie insulinowe. Jeżeli się jednak przedtem wytnie przysadkę mózgową, adrenalina nie wpływa na poziom cukru we krwi. Zwierzęta nadwrażliwe wobec insuliny okazują podwrażliwość wobec adrenaliny i wzmożoną tolerancję wobec cukru. *Collin* (25) stwierdza, że wstrzyknięcie insuliny sprowadza reakcję ze strony nadnercza pod postacią zwiększonego wydzielania adrenaliny, co objawia się skurczami śledziony.

W związku z obserwowanemi napadami padaczko-podobnemi, interesujące są badania *Moracci'ego* (26, 27), nad doświadczalnem wywoływaniem drgawek insulinowych u zwierzęcia, a szczególnie badania *Hasany* (28), który, wstrzykując królikom duże dawki insuliny, otrzymał po 2 — 3 godzinach drgawki insulinowe. Jeżeli $^1/_2$ do 1 godziny po zastrzyknięciu insuliny — pobierze się 25 cm. krwi i wstrzyknie drugiemu zwierzęciu, to stwierdza się obniżenie poziomu cukru we krwi. Jeżeli jednak pobierze się surowicę w chwili największego nasilenia napadu drgawkowego i zastrzyknie drugiemu zwierzęciu, następuje nieznaczne podwyższenie cukru we krwi i równocześnie występują drżenia oraz drgawki, które jednak nie są identyczne z drgawkami insulinowemi pierwszego zwierzęcia. Z tego wnioskuje *Hasama*, że na szczycie napadu drgawkowego nie ma już krążenia insuliny we krwi, krążą jedynie zieznane substancje toksyczne, które wywołują drgawki.

Badania anatomo-patologiczne nie są zbyt liczne. *Bodechtel* (29)

zdaje sprawę z badań nad mózgami 2 osób zmarłych podczas wstrząsu insulinowego. Znajduje zmiany, podobne do tych, jakie się znajduje przy nagłych zamknięciach światła naczyń. Znaczna ilość komórek kory i jąder podkorowych zanikła, brak silniejszej reakcji ze strony gleju i naczyń. Obraz anatomiczny opisuje jako następstwo skurczów naczyniowych, względnie zastoju w krążeniu krwi. *Tani* (30) zauważył w środkowym układzie nerwowym królików zmiany degeneracyjne komórek nerwowych, bujanie gleju, głównie w corpus mamillare i w nucl. olivaris inf., sklerozę rogu Ammona i ogniska rozmiękczynowe w subst. nigra. Podobne zmiany znaleźli *Stief i Tokay* (31).

Wszystkie badania doświadczalne na zwierzętach wskazywały na to, że większe dawki insuliny, aniżeli te, które zwyczajnie podawano przy leczeniu cukrzycy, mogą spowodować śmierć, względnie znaczne uszkodzenia mózgowe. Pomimo to odważył się *M. Sakel* w r. 1933 na podawanie dużych dawek insuliny dla leczenia schizofrenji. Wyniki zebrane w jego monografji (32) oraz w pracach w niej uwidocznionych zachęciły Klinikę Wileńską do przyjęcia tej metody leczenia. Za przykładem Kliniki Wileńskiej podjął nasz Zakład próby tego leczenia.

Technika leczenia insulinowego.

Różni się ona w szczegółach od techniki, stosowanej w Wiedniu. Szczegóły te mają przedewszystkiem znaczenie praktyczne. Ułatwiają nadzór, pomniejszają niebezpieczeństwo. Urządziliśmy duże sale, które służą wyłącznie do przeprowadzenia wstrząsów insulinowych. W każdej sali mieści się do 10 łóżek, łóżka są odpowiednio szerokie o bocznych ściankach, względnie siatkach, które chronią chorych przed upadkiem i przed zranieniem podczas napadu drgawkowego. Każde łóżko jest zaopatrzone w automatyczną podpórkę, przy pomocy której można chorego unieść do pozycji siedzącej. Na każde 2 łóżka przypada jedno gniazdko elektryczne. Urządzenie to jest konieczne dla włączenia wtyczek od elektrycznych poduszek, służących do nagrzewania chorych po przerwaniu wstrząsów. Każde łóżko posiada termofor elektryczny lub wodny, na każde 5 łóżek przypada jeden stolik ruchomy, zawierający sprzęt konieczny do przerywania wstrząsów insulinowych.

Sprzęt:

1) Strzykawka insulinowa na 5 ccm^3 z podziałką do 0,1.

2) 2 strzykawki po 10 lub 20 cm. z kranikiem o bocznym wypływie i rurkami gumowemi długości około 25 cm.

3) 6 kolbek pojemności 200 ccm^3 z jałowym roztworem 20% cukru gronowego.

4) Strzykawka z adrenaliną 1 ccm^3 w roztworze 1/1000.

5) Lobelina, strychnina, coramina, coffeina, cardiazol, ouabaina w ampułkach.

6) Zgłębniki gumowe 6 — 7 i pół mm. średnicy z lejkami.

7) Strzykawka Aleksandra na 100 — 160 ccm.

8) Szkiełka zegarkowe z lakmusem.

9) Rozwieracz i palec metalowy.

10) Oleum paraffini lub oleum olivarum.

11) Mleko, woda lub herbata słodzona: 150 gr. cukru na 500—750 cm. płynu.

12) Igły dosercowe.

13) Termometr zwyczajny, termometr precyzyjny, celem mierzenia temperatury niższej, aniżeli 35°.

14) Jodyna, eter, wata, gaza.

15) Spręt neurologiczny.

16) Aparat do mierzenia ciśnienia.

Cały sprzęt mieści się w wózku ruchomym z opuszczającą się przednią ścianą. Ze względu na konieczność natychmiastowej interwencji, strzykawki są wypełnione adrenaliną względnie roztworem cukru gronowego.

Obsada.

W czasie, w którym chorzy są w stanie wstrząsu, znajduje się na sali na każdych 10 chorych: 1 lekarz i 2 wykwalifikowane pielęgniarki oraz 3 sanitarjuszki. Chorzy przez całą dobę znajdują się pod ścisłym dozorem i obserwacją.

Obserwacja:

Leczenie rozpoczynamy około godz. 7-ej. Po uprzedniem zmierzeniu ciepłoty, tętna i ciśnienia, wstrzykujemy wyznaczoną uprzedniego dnia dawkę. Mierzymy co pół godziny tętno, co godzinę ciepłotę. W okresie końcowym, albo podczas zaburzeń w krążeniu, oddychaniu i podczas drgawek mierzymy często tętno i ciepłotę co 15, do 10, a nawet co 5 minut. Mierzenie temperatury przy ciepłocie niższej, aniżeli 35 stopni, uskuteczniamy termometrem z zakresem temper. od 30 do 45° z dokładnością do 0,1 stopnia. Co 15 do 30 minut określamy akcję serca oraz odruchy piramidowe, skórne, ścięgnowe i okostnowe. Na osobnej karcie notuje się zachowanie chorego z szczególnem uwzględnieniem zaburzeń neurologicznych i psychicznych oraz zaburzeń naczyniowych i wegetatywnych.

Kiedy stwierdzimy stan śpiączki insulinowej, albo początek

stanów drgawkowych (o których jeszcze poniżej będzie mowa), zakładamy dożołądkowo zgłębnik. Zazwyczaj czekamy aż do zniknięcia odruchów obronnych stopy. Dokładniejsze zasady, któremi kierujemy się przy wskazaniu do przerwania wstrząsów, podamy poniżej: ponieważ w ciężkich stanach niedocukrzenia znikają odruchy gardzielowe, wyciągamy po założeniu zgłębnika treść żołądkową zapomocą strzykawki Aleksandra dla sprawdzenia kwasowości wydobytego płynu. Jako wskaźnik, przygotowany jest papierek lakmusowy na szkiełku zegarkowem.

Rozróżniamy trzy metody przerywania:

1) doustne lub dożołądkowe podanie 150 gram. cukru w płynie.

2) wstrzyknięcie dożylne 20% roztworu cukru gronowego, jednak w niewiększej ilości, aniżeli 70 ccm^3. Zazwyczaj chory budzi się przy tej dawce. Po zbudzeniu się podajemy doustnie 150 grm. cukru w płynie,

3) podskórne lub domięśniowe wstrzyknięcie adrenaliny z następowem podaniem cukru.

Zasadniczo przerywamy dożołądkowo. Przerywanie przy pomocy dożylnego wstrzyknięcia cukru gronowego lub zastrzyku adrenaliny stosujemy wtedy, o ile zachodzi wskazanie do szybkiej interwencji.

Po przerwaniu chory pozostaje w obserwacji przynajmniej jeszcze przez 45 min., mieliśmy bowiem przypadki skurczu głośni i zapaści naczyniowej nawet w 15 min. po dożołądkowem podaniu cukru.

Klinika i symptomatologja wstrząsów insulinowych.

Każdego chorego poddajemy uprzednio dokładnemu badaniu cielesnemu i psychicznemu. W szczególności robimy prześwietlenie klatki piersiowej, badania krwi i moczu. Rozpoczynamy leczenie od 20 jedn. insuliny rano naczczo i podnosimy codziennie dawkę w zależności od stanu chorego o 10 do 20 jedn. dziennie, tak długo, aż nie otrzymamy dawki osobniczej, prowadzącej do ciężkiego wstrząsu insulinowego. Tę wypośrodkowaną dawkę podajemy przez 4 dni z rzędu. Każdego 5 dnia wsuwamy dzień odpoczynkowy, podczas którego podajemy 30 jedn. insuliny, kompensując jej działanie przez podanie 150 gr. cukru w roztworze. Doświadczenia nasze pouczyły nas, że najczęściej występują poprawy dopiero po większej ilości wstrząsów, to też z całego szeregu względów, które będą w następnym rozdziale omówione, ustaliliśmy jako minimum lęczbę przynajmniej 15 wstrząsów. Ponieważ w niektórych przypadkach osiąga-

liśmy zupełne poprawy dopiero powyżej liczby 40 ciężkich wstrząsów, staramy się w niektórych przypadkach, o ile nie zachodzą przeciwskazania somatyczne, dociągnąć do liczby 50 wstrząsów [1]).

W miarę postępowania leczenia dawka indywidualna musiała ulec niejednokrotnie redukcji.

Symptomatologja wstrząsów insulinowych nie jest dotychczas dokładnie opracowana. Leczenie dużemi dawkami insuliny posiada, prócz tego znaczenia leczniczego, także i niesłychane znaczenie poznawcze. Są to przecie gigantyczne doświadczenia na człowieku, które pozwolą prawdopodobnie wejrzeć w niektóre zagadnienia zaburzeń ruchowych, a może zrozumieć niejedno w zakresie skomplikowanych związków, zachodzących pomiędzy działaniem poszczególnych gruczołów dokrewnych. Badania nasze wytknęły sobie znacznie skromniejszy cel. Staraliśmy się przedewszystkiem o to, ażeby możliwie ściśle ująć te objawy wstrząsu insulinowego, które mają szczególne znaczenie dla leczenia, względnie te, które nas zbliżą do lepszego poznania niebezpieczeństw, związanych z leczeniem insulinowem. To też obraz kliniczny wstrząsu, który podamy poniżej, będzie niedokładny, opisze zaledwie kilka czynników wstrząsu insulinowego.

Dla naszych celów opracowaliśmy materjał 1432 dni insulinowych. Przy opracowaniu wyszliśmy z następujących założeń:

1) Przedmiotem naszych badań nie jest działanie insuliny, jako ciała chemicznego, ale działanie danego preparatu insulinowego. Wynika to z doświadczeń na zwierzęciu, wyszczególnionych w cytowanej literaturze. Ażeby móc ściśle porównać nasz materjał z materjałem Kliniki Wiedeńskiej, używaliśmy tych samych preparatów insulinowych, których używa Klinika Wiedeńska (Leo, Novo, Organon).

2) Efektu insuliny, polegającego na obniżeniu poziomu cukru we krwi, wysuniętego w ośrodek zagadnień patofarmakologicznych, wskutek swej ważności dla cukrzycy, nie możemy w myśl doświadczeń laboratoryjnych (zob. wyżej), uważać za nadrzędny, istotny, główny objaw jej działania.

Nie będziemy więc, ze względów metodycznych, używali określenia „stanu niedocukrzenia". Nie możemy również się zgodzić na określenie „zapaść", którą proponują *Paradowski* i współpracownicy (33); spotykamy bowiem w przebiegu wstrząsów insulinowych ciężkie zaburzenia naczyniowe, które w myśl nomenklatury medycyny

[1]) Zobacz także J. Frostig, J. Kister, A. Manasson i Wł. Matecki: W sprawie leczenia schizofrenji insuliną. Artykuł dyskusyjny zgłoszony do Warsz. Czas. Lek.

wewnętrznej zmuszeni jesteśmy określić inaczej, niż jako „zapaść". Ponadto ze słowem „zapaść" związane jest wyobrażenie nagłości początku, podczas, gdy ciężkie stany insulinowe rozwijają się najczęściej powoli, w każdym razie, bez ostrych i wyraźnie zaznaczonych granic. Zachowujemy ze względów historycznych pierwotne określenie *Sakla* „wstrząs insulinowy", który wprawdzie nie oddaje istoty działania insulinowego, ale przynajmniej, z powodu swej nieokreśloności, niczego nie przesądza.

3) Ze względów czysto klinicznych rozróżnimy pomiędzy lekkimi i ciężkimi wstrząsami insulinowemi. Rozróżnienie to jest sztuczne; konieczne jest jednak dlatego, ponieważ w zagadnieniu nas teresującem, — w zagadnieniu leczenia schizofrenji, — szczególną rolę odgrywa wedle *Sakla* ciężki wstrząs insulinowy. Ponieważ *Sakel* nie podał jednoczesnej definicji ciężkiego wstrząsu insulinowego, przyjęliśmy na podstawie naszego doświadczenia, że ciężki wstrząs insulinowy rozpoznamy wtedy, kiedy w przebiegu wstrząsu pojawią się: 1) skurcze mięśniowe, 2) stan nieprzytomności, 3) patologiczne odruchy.

W myśl naszego 3 założenia wystandaryzowaliśmy nasze obliczenia na wstrząsy głębokie, jako mniej znane i bardziej klinicznie ważne. Analiza symptomów opiera się więc na segregacji 1000 ciężkich wstrząsów i 432 lekkich wstrząsów. Liczba 432 wstrząsów lekkich jest funkcjonalnie związana ze standardowym tysiącem wstrząsów ciężkich. Są one następstwem małych dawek insuliny, stosowanych na początku, w dniach wypoczynkowych i w końcu leczenia insulinowego u tych chorych, których ciężkie wstrząsy zostały wzięte za podstawę rozważań.

Zgodnie z doświadczeniami na zwierzęciu, mogliśmy rozgraniczyć 4 wielkie zespoły objawowe, występujące w przebiegu wstrząsu.

1) Zespół zaburzeń wegetatywno-naczyniowych.
2) Zespół zaburzeń ruchowych.
3) Zespół zaburzeń przytomności.
4) Objawy psychiczne.

Obserwacje nasze stwierdziły, że w przebiegu lekkiego wstrząsu insulinowego pojawiają się objawy, należące do wszystkich 4 wymienionych grup w mniejszym albo silniejszym stopniu nasilenia. W miarę pogłębiania się wstrząsu, objawy te nasilają się, potęgują i przybierają rozmaite postacie. Z badań *Baronego* wynika, że insulina działa bezpośrednio na układ parasympatyczny. Objawy wegetatywne pojawiają się wcześniej, aniżeli obniżenie poziomu cukru. Nie mamy żadnego dowodu na to, że właśnie stan niedocukrzenia

we krwi powoduje zaburzenia układu ruchowego oraz stan nieprzytomności. Przeciwko takiemu związkowi przyczynowemu przemawiają ponadto doświadczenia *Hasamy*. Badania *Sakla* i *J. Rosego* wskazują na to, że poziom cukru we krwi obniża się początkowo, później podnosi się znowu i wśród wahań utrzymuje się na wyższym poziomie, aniżeli to miało miejsce pomiędzy 2 a 3 godziną wstrząsową. Podczas, kiedy poziom cukru rośnie, objawy wszystkich 3 grup potęgują się coraz bardziej, osiągają w 5-ej godzinie wstrząsowej swoje maximum. Nie mamy więc żadnej podstawy do twierdzenia, że objawy wstrząsowe, spostrzegane przez nas, są funkcją stanu niedocukrzenią i stanowią reprezentację zmian poziomu cukru we krwi. Nie możemy nawet uważać zmian w poziomie cukru za wskaźnik stopnia ciężkości stanu insulinowego; albowiem wahania cukru we krwi nie stoją w żadnym stosunku do obrazu klinicznego. To też wyłączyliśmy zagadnienie poziomu cukru z obrębu naszych klinicznych rozważań.

Jak już wspomnieliśmy, rozróżniliśmy ze względów klinicznych lekki i ciężki wstrząs insulinowy. Podkreśliliśmy, że granice pomiędzy jednym a drugim stanem nie są zupełnie ostre. Symptomatologja każdego z tych stanów przedstawia się następująco:

a) Lekki wstrząs insulinowy.

1) Zespół zaburzeń wegetatywno-naczyniowych:

Najbardziej charakterystyczny jest spadek ciepłoty, wyraźne pocenie się oraz ślinotok. Pocenie się ma charakter wagotoniczny; pot jest wodnisty. Rzadziej spotykamy lekkie zarumienienie się twarzy, albo zblędnięcie. Niezbyt charakterystyczne jest tętno, które zwykle się nieco zwalnia, czasem jest przyspieszone.

2) W obrębie zespołu ruchowego stwierdzamy drżenie rąk, niekiedy drżenie włókienkowe, wyraźną hipotonję mięśniową, czasem nieznaczne wzmożenie odruchów ścięgnowych i okostnowych.

3) Stan przytomności: stwierdzamy wprzód ożywienie, utrzymujące się mniej więcej do $1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu, później senność, przerywaną przejaśnieniami, wreszcie najczęściej głębszy sen. Sen nie różni się niczem od fizjologicznego; pogłębia się w ciszy i przy przyćmionem świetle; może być przerwany przez silniejszą podnietę zmysłową. Odruchów patologicznych brak.

4) Objawy psychiczne: już w pół godziny po zastrzyku stwierdzamy pewne ożywienie, które powoli się obniża i ustępuje uczuciu uspokojenia. Chorzy stają się dostępniejsi, są bardziej krytyczni wobec swoich urojeń. Ten stan wzmożonego kontaktu, przerywany sennością, ntrzymuje się aż do chwili głębszego zaśnięcia. Najczę-

ściej w obrębie godz. 2-ej przychodzi do ponownego obudzenia się Przy końcu 2-ej godziny wstrząsowej nie wraca jednak, pomimo ponownego ożywienia, stan przytomności do normy. Chorzy są zdezdezorjentowani, albo też orjentują się niedokładnie. W pewnej ilości przypadków przychodzi do stanu podniecenia psychotycznego, które *Sakel* określił jako „aktywację psychozy". W stanie tym chorzy reprodukują w skrócie cały obraz psychotyczny; nieraz ukazują się nowe elementy psychotyczne, których nie obserwowało się podczas przebiegu choroby. Że względu na to, że struktura objawów psychicznych jest związana ściśle z osobowością chorego, zostanie omówiona w następnym rozdziale łącznie z przebiegami poszczególnych przypadków. Podkreślić należy, że objawy aktywacji psychotycznej nie są zbyt częste. Katamnestycznie stwierdza się amnezję dla całego okresu aktywacji, począwszy od pierwszego głębokiego snu. Na tem i na często stwierdzanym fakcie zmniejszonej orjentacji opieramy twierdzenie o przymgleniu przytomności już w 2-ej godzinie wstrząsu insulinowego.

Lekki wstrząs insulinowy przechodzi bez ostrej granicy w ciężki stan insulinowy. Już w okresie aktywacji psychodzy pojawiają się pierwsze skurcze mięśniowe, ciepłota opada coraz niżej, wzmaga się pocenie, wzrasta dezorjentacja.

b) Ciężki wstrząs insulinowy.

1) Zespół zaburzeń wegetatywno-naczyniowych: w obrębie tego zespołu nie stwierdzaliśmy żadnych szczególnych różnic jakościowych. Najbardziej regularnie zachowuje się ciepłota, która spada stale bez wahań do pewnego charakterystycznego poziomu. Najniższa przez nas obserwowana temperatura wynosiła 30,50° C. W zasadzie wzmaga się pocenie i ślinotok. Tętno jest niecharakterystyczne, często zwolnione (najniższa liczba uderzeń na minutę wynosiła 32), czasem nieregularne o kilku podskokach. Pod koniec wstrząsu widzieliśmy nieraz zasinienia i nagłe podskoki tętna, dochodzące do 160 uderzeń na minutę. Te objawy są dla nas sygnałem do natychmiastowej interwencji.

2) Zespół zaburzeń ruchowych. Szczególnie charakterystyczne dla ciężkiego wstrząsu są zaburzenia ruchowe. Drżenia wprzód włókienkowe stają się coraz bardziej wyraźne, ogarniają coraz większe obszary mięśni; przychodzi do pojedyńczych albo grupowych skurczów mięśni mimicznych twarzy. W następstwie tych skurczów odnosi się wrażenie, że chory w dziwaczny swosób grymasuje. Wskutek tonicznego skurczu M. orbicularis oris przychodzi często do ryjowatości ust.

Ten sam obraz widzimy także w obrębie innych grup mięśniowych. Drżenia włókienkowe przechodzą w skurcze pojedyńczych mięśni, występują coraz obszerniejsze kloniczne zespoły ruchów. W miarę pogłębiania się wstrząsu, skurcze kloniczne ustępują coraz bardziej tonicznemu prężeniu się mięśni; czasem pojawia się skurcz wyprostny grzbietu (opistotonus), niekiedy z powodu skurczu tonicznego mięśni brzusznych chorzy przebywają wstrząs w pozycji klęczącej z tułowiem pochylonym ku przodowi. O ile wstrząs pogłębia się bardzo znacznie, — mniej więcej w 5 do 6 godz. wstrząsowej, — występują nagle toniczne skurcze obu kończyn górnych. Kończyny są w addukcji i pronacji, dłonie zamknięte w pięść, przyczem kciuk wsuwa się stale w garść. Pozatem widzieliśmy często skurcze o charakterze atetotycznym, pląsawiczym; szczególne znaczenie mają skurcze miokloniczne. W pauzach pomiędzy pojedyńczemi fazami skurczów stwierdzamy hipotonję mięśniową. Zaburzenia ruchowe mogą trwać przez cały przeciąg ciężkiego wstrząsu, albo też pomiędzy początkową i końcową fazą skurczów wsuwa się okres śpiączki z hipotonją mięśniową.

Rzadziej aniżeli hiperkinezy widywaliśmy objawy niedowładu mięśniowego. Najczęściej pojawiał się niedowład, w obrębie mięśni ocznych, często stwierdzamy objawy parafatyczne, nierzadko ciężki wstrząs rozpoczyna się obrazem afazji ruchowej.

3) Zespół zaburzeń przytomności: Najbardziej istotne zaburzenie ciężkiego wstrząsu insulinowego to jest zaburzenie przytomności. Od 3-ej godziny wstrząsowej kontakt, wprzód już bardzo luźny, zrywa się zupełnie, odruchy obronne słabną; pod koniec wstrząsu wygasają zupełnie. Pojawiają się odruchy patologiczne: Babiński, Oppenheim, Mayer i t. d. Na szczególną uwagę zasługuje odruch Rossolima, występujący w inwertowanej formie. Tylko ze względów praktycznych zaliczamy odruchy patologiczne do objawów nieprzytomności. Są prawdopodobnie związane także z zaburzeniem układu ruchowego, występują jednak i wtedy, kiedy wstrząs przebiega zupełnie bez skurczów.

4) Objawy psychiczne: Tylko u początku ciężkiego wstrząsu stwierdzamy objawy aktywacji psychozy. W okresie toniczno-klonicznym skurczów słyszymy często nieartykułowane wykrzyki, czasem pojedyńcze słowa.

Zapaść miokloniczno-naczyniowa.

Osobne miejsce w klinice wstrząsu iusulinowego zajmuje napad, który *Sakel* opisał, jako epileptoidalny. W naszym materjale

stwierdziliśmy 28 takich napadów. Wszystkie przez nas spostrzeżone napady różniły się znacznie w swej symptomatologji od napadów padaczkowych a nawet padaczkopodobnych. Pomimo to wszystkie wykazywały tak jednoczesne ukształtowanie, że musieliśmy zrewidować nasz pogląd na charakter tych napadów.

Obserwacje, które poczyniliśmy są następujące:

1) Osoby, u których przychodziło do tych napadów, miewały często wyraźne skurcze miokloniczne. W niektórych przypadkach mioklonje poprzedzały napad, w innych — napad występował nagle i to stosunkowo wcześnie, nieraz już w 2-ej godzinie wstrząsowej.

2) Napad występował zawsze bez żadnych zwiastunów. Zupełnie nagle przychodziło do masowych rytmicznych, błyskawicznych drgawek kończyn i głowy o charakterze wyraźnie mioklonicznym. Stale stwierdzaliśmy pianę na ustach, czasem ukąszenia języka. Ani razu nie stwierdziliśmy oddania moczu, ani kału. Źrenice nie reagowały na światło.

3) Stale stwierdzaliśmy równoczesną zapaść naczyniową z szarością twarzy, zasinieniem śluzówek, drobnem i szybkiem tętnem; tony serca były ciche, zaledwie słyszalne.

Ponieważ napad powyższy ma raczej charakter miokloniczny i połączony jest stale z zapaścią naczyniową, nie widzimy narazie powodu, dla którego mielibyśmy wiązać te napady z grupą napadów padaczkowych; określamy je obecnie jako zapaście miokloniczno-naczyniowe. Zapaście te wymagają natychmiastowej interwencji pod postacią dożylnego wstrzyknięcia cukru. Dosercowe, dożylne i podskórne podanie adrenaliny nie odnosiło zazwyczaj bezpośredniego efektu.

Przerywanie wstrząsu insulinowego.

Przerwanie wstrząsu insulinowego następuje pomiędzy 4 — 6 godziną wstrząsową. Staramy się przetrzymać chorych jaknajdłużej w stanie insulinowym. Samo się przez się rozumie, że przerywamy wcześniej, o ile istnieje szczególne wskazanie do natychmiastowej interwencji. Takimi wskazaniami są a) w przebiegu wstrząsu: 1) toniczny skurcz głośni z z objawami duszenia się, 2) toniczny skurcz mięśni oedechowych, 3) szczególnie często spotykana duszność wdechowa, 4) sinica śluzówek, połączona z miękkiem, małem i szybkiem tętnem, 5) zapaść naczyniowa, 6) zapaść miokloniczno-naczyniowa; b) przy końcu wstrząsu: 1) nagłe przyspieszenie tętna, 2) toniczne skurcze wyprostne rąk, 3) zespół Cheyne-Stokesa, oddychanie typu Kussmaula, 4) niemiarowość tętna, które uważamy za objawy prze-

dłużonego wstrząsu. O ile niema żadnych wyżej wymienionych wskazań, przerywamy pomiędzy 5 a 6 godziną wstrząsową.

O ile wstrząs insulinowy przerwano dożylnie, chorzy budzą się w przeciągu kilku minut prawie zupełnie bez objawów. Przy typowem, dożołądkowem przerwaniu budzenie się ma następujący przebieg: 5 do 10 minut po przerwaniu trwają jeszcze skurcze toniczne, przechodzą później w drgawki toniczno-kloniczne. Przez pewien czas utrzymuje się pocenie i ślinotok, objawy neurologiczne znikają w tej samej kolejności, w jakiej się pojawiały. Objaw Babińskiego znika w 10 — 15 minut. U niektórych chorych pojawiają się objawy podniecenia, które mogą trwać do 2 godzin. Czasami chorzy budzą się z krzykiem i płaczem, częste są skargi na zimno, na bóle głowy i uczucie osłabienia. Prawie zawsze stwierdzamy mierne ożywienie. Pomiędzy 7 a 8 godziną wstrząsową występuje sen, po którym chorzy budzą się najczęściej orzeźwieni i uspokojeni. Bezpośrednio po zbudzeniu się podajemy śniadanie; obiad podajemy dopiero po śnie.

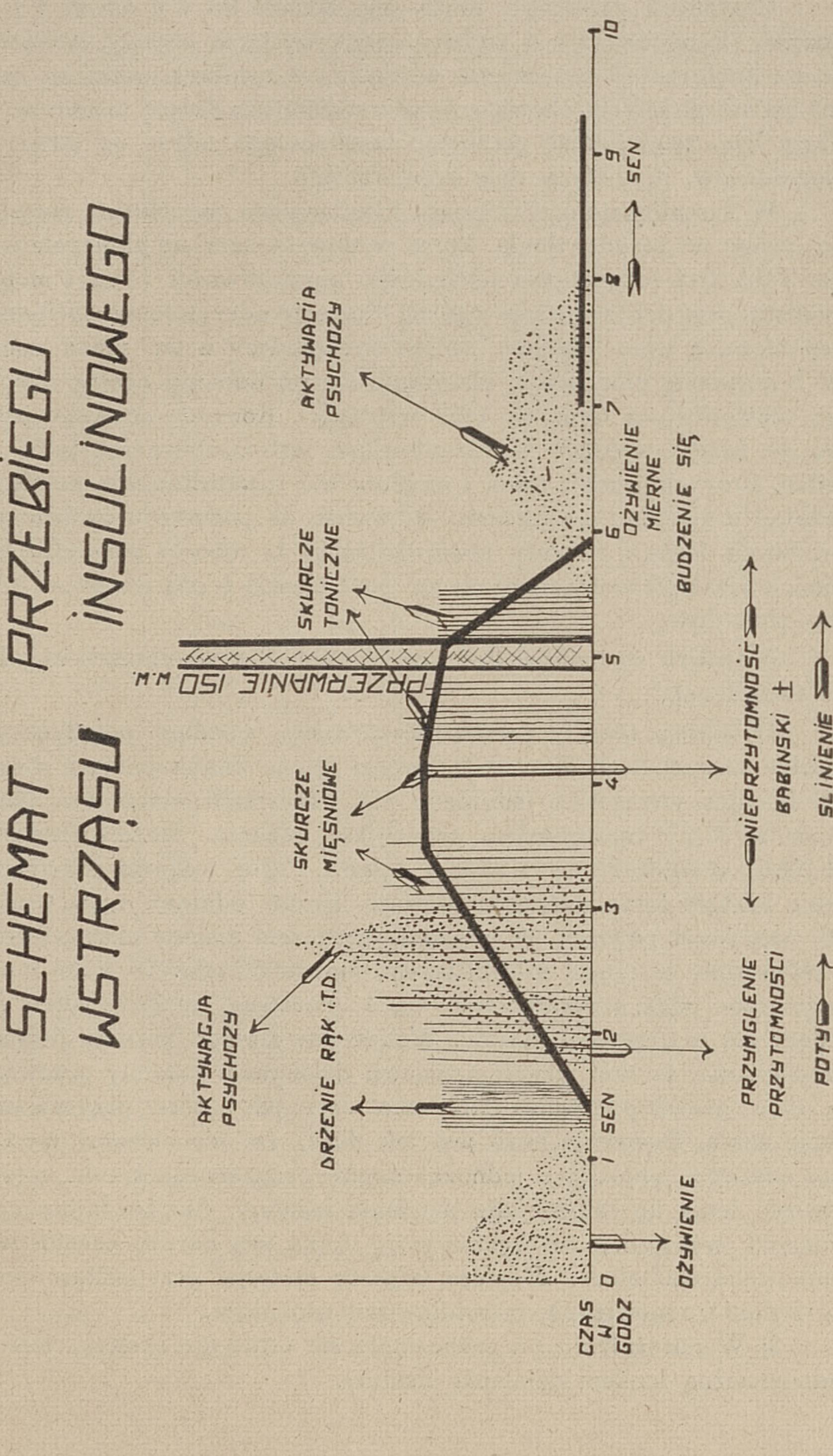
Przebieg wstrząsu i analiza ilościowa niektórych odchyleń.

W większości przypadków przebiega wstrząs insulinowy mniej więcej w schemacie poprzednio opisanym. Schemat typowego przebiegu przedstawia tablica I-a.

Od schematu powyższego spostrzegamy rozmaite odchylenia. Odchylenia te są najrozmaitszego charakteru i mają rozmaite znaczenie ze względu na patologję i farmakologję insuliny. Wyróżnimy tylko te grupy odchyleń, które mają znaczenie kliniczne. Są to 1) odchylenia osobnicze w odniesieniu do dawki i czasokresu wstrząsu, 2) odchylenia w ugrupowaniach symptomatycznych wstrząsu.

Już wspominaliśmy, że dawka potrzebna do wywołania ciężkiego wstrząsu insulinowego jest osobniczo różna. Najmniejsza wynosiła 60 jednostek, najwyższa — 210 jednostek. Ciężkość objawów w zakresie osobniczej dawki wstrząsowej nie zależy od wielkości dawki, t. zn. wstrząs przebiega tak samo u osobnika, którego dawka wstrząsowa wynosi 70 jedn., jak i u tego, u którego dawka wynosi 140 jedn. Wypośrodkowanie wstrząsowej dawki wymaga dużej umiejętności. Powyżej granicy osobniczej wzmagają się niebezpieczeństwa, występują zapaście, skraca się czasokres wstrząsu. Nieraz stwierdzamy, w miarę zwiększania się liczby przebytych wstrząsów, jakby uczulenie na dawkę osobniczą. W przypadku, w którym początkowa dawka osobnicza wynosiła 210, ostateczna dawka końcowa, potrzebna do wywołania wstrząsu wynosiła 110 jednostek.

Tablica I-a.


SCHEMAT PRZEBIEGU WSTRZĄSU INSULINOWEGO
CZAS W GODZ
0
1
SEN
2
3
4
5
6
7
8
9
10
SEN
OŻYWIENIE
AKTYWACJA PSYCHOZY
DRŻENIE RĄK i.T.D.
SKURCZE MIĘŚNIOWE
PRZERWANIE 150 M.M.
SKURCZE TONICZNE
AKTYWACIA PSYCHOZY
OŻYWIENIE MIERNE
BUDZENIE SIĘ
PRZYMGLENIE PRZYTOMNOŚCI
NIEPRZYTOMNOŚĆ
BABINSKI ±
POTY
SLINIENIE

Czasokres przebiegu może się skrócić do 4 a nawet 3 i pół godzin. Pomiędzy 3 a 4 godziną mogą wystąpić objawy, wskazujące na konieczność przerwania wstrząsu. Czasokres wstrząsu może też być u tego samego chorego różny w rozmaitych dniach insulinowych. Może być, że szybkość przebiegu insulinowego zależy od ilości węglowodanów, przyjętych dnia poprzedniego.

W symptomatologji wstrząsu insulinowego zwróciliśmy szczególną uwagę na te odchylenia, które wydawały nam się klinicznie ważne. Tabl. II-a przedstawia odchylenia częstotliwości tętna i stopnia ciepłoty oraz ich dyspersję ogólną. Poziomo odczytujemy odchylenia osobnicze, a więc różnice, które występowały u tej samej osoby. W kolumnach pionowych otrzymuje się po dodaniu ogólną dyspersję częstotliwości tętna na 1432 wstrząsy. Rozumie się samo przez się, że każdy wstrząs reprezentowany jest w obliczeniu tylko raz jeden. Przy obliczaniu tętna i ciepłoty nie rozróżnialiśmy pomiędzy lekkimi a ciężkimi wstrząsami, albowiem na podstawie osobniczych krzywych tętna i ciepłoty stwierdziliśmy, iż różnice pomiędzy lekkimi a ciężkimi wstrząsami nie są, jeśli chodzi o oba powyższe objawy, zbyt duże.

Z analizy stosunków ilościowych tabl. II-a wynikają następujące twierdzenia:

1) Wbrew teoretycznemu oczekiwaniu, pomimo pojedyńczych bardzo niskich liczb dla częstotliwości tętna, wagotonizujące działanie insuliny wyraża się jedynie w 15% wszystkich wstrząsów. Natomiast w 32,7% częstotliwość tętna jest większa, aniżeli normalna. W 14,6% stwierdziliśmy wahania tętna. Przez wahania rozumiemy takie krzywe tętna, których najniższa liczba uderzeń była poniżej 60, najwyższa powyżej 90 uderzeń, przyczem zmiany częstotliwości występowały w czasie nie dłuższym, aniżeli 30 min. W 47,3% mamy więc tętno bądź przyspieszone, bądź nierówne, w 37,7% tętno wahające się w granicach normy. Wobec powyższego musimy dojść do przekonania, że nad wagotonizującem działaniem insuliny przeważają inne prawdopodobnie toksyczne czynniki, które przyspieszają akcję serca. Dyspersja liczb jest tak duża, że nie możemy wyciągnąć żadnego wniosku o jednoznacznem przyporządkowaniu częstotliwości tętna do całokształtu działania insuliny. Analiza kolumn poziomych wykazuje, że częstotliwość tętna jest bardzo często uwarunkowana osobniczo. Dopiero większy materjał przypadków mógłby wyłonić odpowiednie prawidłowości osobnicze.

2) W odróżnieniu od zachowania się tętna jest spadek ciepłoty jednoznaczną funkcją działania insuliny.

Tablica II-a.

Tętno i ciepłota w przebiegu wstrząsu insulinowego.

L. p.	N. I.	Ilość wstrząsów	Tętno				Ciepłota					
			<60	60—90	>90	wahań	>37	37—35,5	35,5—34	34—33	33—32	32—30
1.	K. K.	83	—	15	60	8	—	53	27	2	1	—
2.	D. M.	56	—	21	16	19	—	39	7	9	1	—
3.	K. E.	53	1	11	33	8	—	9	27	11	6	—
4.	F. J.	75	16	24	17	19	5	4	49	13	3	1
5.	L. W.	35	8	23	3	1	—	8	26	1	—	—
6.	G. F.	44	—	17	21	6	1	10	22	7	4	—
7.	K. L.	48	1	11	25	11	3	25	13	6	1	—
8.	E. H.	47	8	5	24	10	—	4	22	19	2	—
9.	W. S.	39	8	11	13	7	—	6	25	8	—	—
10.	K. M.	47	1	20	12	13	—	6	12	16	9	3
11.	R. F.	26	—	3	17	6	—	6	9	5	6	—
12.	F. J.	20	5	9	2	4	—	1	1	5	6	7
13.	L. H.	33	2	9	17	5	1	5	11	14	1	1
14.	M. A.	42	25	6	—	1	—	3	15	11	2	1
15.	Z. Sz.	14	3	7	2	2	—	2	9	2	—	1
16.	G. R.	21	6	7	2	6	—	2	1	6	10	2
17.	B. F.	22	—	12	9	1	1	4	3	7	5	2
18.	D. R.	55	1	11	29	14	2	29	17	6	1	—
19.	G. F.	57	18	31	3	5	—	27	8	6	11	5
20.	L. G.	62	59	2	—	1	—	20	28	8	4	2
21.	K. F.	56	1	18	27	10	—	13	13	22	8	—
22.	B. S.	68	8	25	26	9	—	25	17	17	7	2
23.	K. E.	64	—	19	41	4	—	27	15	7	10	5
24.	R. F.	36	—	12	18	6	—	24	7	5	—	—
25.	J. L.	41	—	30	11	—	13	20	8	—	—	—
26.	Sz. H.	50	3	40	3	4	—	24	24	2	—	—
27.	R. L.	53	21	24	2	6	1	19	18	9	5	1
28.	M. W.	74	3	43	28	—	1	40	30	3	—	—
29.	P. B.	30	—	22	2	6	—	12	18	—	—	—
30.	Sćh. I.	53	8	42	3	—	1	25	25	1	1	—
31.	R. N.	39	7	12	4	16	—	10	13	13	3	—
Razem		1432	215	540	479	208	29	502	520	241	107	33
%			15,0	37,7	32,7	14,6	2,0	35,1	36,6	16,7	6,9	2,7

Dowodem jednoznacznego przyporządkowania jest a) brak wahań w naszym materjale. W ciągu całego przebiegu wstrząsu ciepłota spada równomiernie, albo też utrzymuje się na pewnym ni-

Tablica III-a.

Niektóre czynniki ciężkiego wstrząsu insulinowego.

L. p.	N. I.	Ilość wstrząsów			Wstrząsy		Wstrząsy			Zaburzenia przytomności	
		lekkich	ciężkich	razem	potne	bezpotne	ze skurczami	bez skurczów	zapaście miklonicz.-naczyniowe	średnie	ciężkie
1.	K. K.	28	55	83	29	26	48	6	1	33	22
2.	D. M.	11	45	56	35	10	34	6	5	18	27
3.	K. E.	12	41	53	31	10	38	1	2	23	18
4.	F. J.	22	53	75	53	—	39	7	7	4	49
5.	L. W.	9	26	35	25	1	25	1	—	1	25
6.	G. F.	7	37	44	34	3	34	2	1	5	32
7.	K. L.	13	35	48	28	7	31	3	1	10	26
8.	E. H.	6	41	47	41	—	35	6	—	10	31
9.	W. S.	4	35	39	29	5	25	7	3	6	29
10.	K. M.	13	33	46	33	—	23	10	—	8	25
11.	R. F.	4	22	26	20	2	18	3	1	6	16
12.	F. J.	3	17	20	17	—	14	3	—	6	11
13.	L. H.	3	30	33	30	—	28	1	1	1	29
14.	M. A.	5	27	32	26	1	26	1	—	1	26
15.	Z. Sz.	3	11	14	11	—	8	2	1	3	8
16.	G. R.	8	13	21	23	—	7	6	—	6	7
17.	B. F.	11	11	22	11	—	4	7	—	8	3
18.	D. R.	11	44	55	35	9	40	2	2	17	27
19.	G. F.	34	23	57	23	—	18	5	—	8	15
20.	L. G.	15	47	62	47	—	47	—	—	9	38
21.	K. F.	18	38	56	37	1	34	4	—	6	32
22.	B. S.	21	47	68	47	—	47	—	—	6	41
23.	K. E.	19	45	64	38	7	38	7	—	11	34
24.	R. F.	13	23	36	19	4	14	8	1	5	18
25.	J. L.	25	15	41	15	—	12	3	—	4	11
26.	Sz. H.	20	30	50	30	—	24	6	—	11	19
27.	R. L.	14	39	53	39	—	39	—	—	8	31
28.	M. W.	38	36	74	36	—	35	1	—	10	26
29.	P. B.	8	22	30	5	17	22	—	—	2	20
30.	Sch. I.	20	33	53	25	8	31	2	—	2	31
31.	R. N.	13	26	39	26	—	24	—	2	4	22
Razem		432	1000	1432	888	112	862	110	28	252	748
% w stos. do wstrząsów ciężkich		—	100	—	88,8	11,2	86,2	11,0	2,8	25,2	74,8

skim poziomie. Poza przypadkami zapaści miokloniczno-naczyniowych nie stwierdziliśmy ani razu podniesienia ciepłoty. Stwierdzone w naszym materjale 2% temperatur powyżej 37° jest częściowo następstwem powikłań niezależnych od wstrząsu, częściowo następstwem zapaści mioklonicznych. b) W 62,9% przypadków ciepłota spadła poniżej 35°. Tylko w rzadkich przypadkach (2,7%) spadek ciepłoty był bardzo głęboki. Analiza kolumn poziomych dowodzi, że wprawdzie spadek ciepłoty jest funkcją działania insuliny, natomiast stopień spadku zależy od właściwości osobniczych.

Bardzo ciekawe wyniki daje analiza niektórych czynników ciężkiego wstrząsu.

Z tablicy III wynikają następujące twierdzenia:

1) Podczas kiedy z prac *Sakla* odnosiło się wrażenie, że objawy nieprzytomności i objawy wegetatywne górują w obrazie wstrząsu, wynika z naszych wyliczeń statystycznych, że zaburzenia układu ruchowego stwierdzane w 89% wszystkich wstrząsów, stanowią istotną składową tego obrazu. Tylko w 11% wstrząsów nie stwierdzono żadnych objawów ruchowych.

2) *Sakel* odróżnia „suchy wstrząs", jako szczególną odmianę wstrząsu insulinowego. Wedle *Sakla*, suchy wstrząs dysponuje do napadów epileptoidalnych. W naszym materjale ilość wstrząsów bezpotnych wyraża się liczbą 11,2, podczas kiedy ilość zapaści miokloniczno-naczyniowych wyraża się cyfrą 2,8%. Na 28 zapaści stwierdziliśmy poty przed zapaścią 21 razy, nie stwierdziliśmy pocenia tylko w 7 przypadkach. Procent bezpotnych jest przy zapaściach nieco wyższy, aniżeli w ogólnym materjale, leży jednak w granicy błędów przy małych liczbach. Ilość wstrząsów bezpotnych w ogólnym materjale wynosi 11,2%, w stosunku do zapaści mioklonicznych 14,7%. Nie możemy więc potwierdzić obserwacji *Sakla.*

3) W kolumnie „zaburzenia przytomności" staraliśmy się obliczyć, jak wielkie są odchylenia głębokości wstrząsu przy tej samej dawce osobniczej. Probierzem ciężkiego wstrząsu było pojawienie się odruchów patologicznych. Z obliczeń naszych wynika, że w 74,8% osiągnęliśmy wstrząs głęboki. Stąd możemy wyprowadzić wniosek, że głębokość stanu nieprzytomności jest zasadniczo bezpośrednią funkcją działania insuliny.

Przeciwwskazania, niebezpieczeństwa.

Za przeciwwskazania uważamy dla ostrożności choroby serca, płuc, nerek, wątroby i śledziony, ciężkie zmiany w przewodzie pokarmowym (wrzód żołądka, przewlekłe nieżyty i t. d.), wreszcie choroby krwi i miażdżycę naczyń. W 3 przypadkach odważyliśmy się

na leczenie, pomimo znacznej niedomogi mięśnia sercowego. We wszystkich 3 przypadkach stan mięśnia sercowego znacznie się poprawił. W 1 przypadku, w którym stwierdzono przewlekłe zapalenie wsierdzia, musieliśmy przerwać leczenie z powodu tego, iż wystąpiły skurcze dodatkowe, tętno stało się nierównomierne, wystąpiły podniesienia ciepłoty. Po przerwaniu leczenia stan serca poprawił się znacznie.

Niebezpieczeństwa wstrząsu insulinowego są rozmaite. Możemy rozróżnić następujące grupy:

1) niebezpieczeństwa, związane z przebiegiem samego wstrząsu (skurcze głośni, zapaść naczyniowa i t. d.). Wymagają one sprawnej i natychmiastowej interwencji. Tu należą także niebezpieczeńćtwa, związane z zbytniem przedłużaniem wstrząsu.

2) Niebezpieczeństwa, związane z dyspozycją osobniczą. Do tej grupy zaliczylibyśmy pogotowie do zapaści miklóniczno-naczyniowych; prawdopodobnie należy tu także niedomoga gruczołów dokrewnych. W naszym przypadku sekcyjnym stwierdził *Chodkowski* thymus persistens. Może w trakcie dalszych doświadczeń ujawnią się niebezpieczeństwa, związane z niezdolnością do autoregulacji; może być, że pogotowie do późnego wstrząsu jest jednym ze skutków tej niedomogi. Późnych wstrząsów unikamy teraz stale przez bardzo staranne podawanie dużej ilości węglowodankw.

3) W przebiegu wstrząsu insulinowego mogą wystąpić powikłania w związku z nierozpoznaną inną chorobą ustroju.

4) Dla ostrożności musimy wciągnąć w rachunek naszych przewidywań także i możliwość następczych późnych uszkodzeń ustroju. Wydaje nam się, że podawanie tak dużych dawek insuliny oraz wywoływanie tak częstych stanów zatrucia nie może być jednak dla ustroju obojętne. Prace *Bodechtela, Tani'ego, Stiefa i Tokay'a* nadają tym przewidywaniom pewne prawdopodobieństwo. W naszym materjale mamy 1 przypadek zejścia śmiertelnego. Badanie pobieżne stwierdziło martwicę ischemiczną w jądrach podkorowych, wylewy krwawe i ogniska rozmiękczynowe w trzustce. Bezpośredniego powodu śmierci nie znaleziono (dokładne wyniki badania anatomo-patologicznego ukażą się oddzielnie). Niemniej stwierdzić należy, iż przy bardzo dokładnych badaniach końcowych nie stwierdziliśmy ani razu najmniejszych śladów uszkodzenia narządów wewnętrznych i układu nerwowego.

Doceniając niebezpieczeństwa, związane z leczeniem, dochodzimy do wniosku, że leczenie wstrząsami insulinowemi może być przy odpowiedniej technice przeprowadzone bez widzialnej szkody

dla ustroju. Śmiertelność dotychczasowa (aczkolwiek brak jeszcze ściślejszych danych), jest przypuszczalnie nie wyższa, aniżeli 2%. Opierając się na doświadczeniu prawie 2 tysięcy wstrząsów możemy z czystem sumieniem podkreślić, że niebezpieczeństwo życia nie jest tak duże, jak początkowo przypuszczano.

Wobec powyższego uzależniamy zagadnienie leczenia insulinowego przy schizofrenji wyłącznie od jego wyników. Wedle naszego zdania są wyniki tego rodzaju, iż pomimo trudności i niebezpieczeństw, leczenie to jest godne polecenia.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Santenoise, D. H. Verdier* et *M. Vidacovitch.* Isolement d'une nouvelle hormon pancreatique, regulatrice de l'activite vagale (vagotonine). (Rev. franc. Endocrinol. 8. 204 — 260 (1930). 2. *Geiger E.* Beiträge zur Frage der autonomen Innervation des Inselsystems. I. Mitteilung über die Rolle der Vagi beim Zustandekommen der Erwärmungshypoglykämie. (Pharmakol. Inst. Univ. Pecs.) Naunyn-Schmiedebergs Arch. 172, 295 — 301 (1933). *Idem.* Weitere Untersuchungen über das Zustandkommen der Hypoglykämie bei Erwärmung des Zentralnervensystems. (Rom Sitz. v. 29.VIII. — 3.IX. 1932, Verh. 14 Intern. Kongr. Physiol. 97, 1932). 3. *Gayet, Rene* et *Mayils Guillaume.* Sur la transmission par les nerfs vagues d'influx insulinose'cre'toires. (Dep. of Physiol. Harward Med. School, Boston et Laborat. de Physiol. Path. Ecole des Hautes Etudes, Coll. de France, Paris C. r. Soc. Biol. Paris 112, 1194 — 1197 (1933. 4. *La Barre, Jean.* The rôle of the central nervous system in the control of pancreatic secretion. T. The secretion of insulin during hyperglycemia. (Dep. of. Phasmacol., Univ. of Chicago, Chicago). Amer. J. Physiol. 94, 13 — 16 (1930). 5. *vide 1.* 6. *Barone V. G.* Azione dell'insulina sull'eccitabilita del n. vago. Istitut. di Fisiol. Univ. Torino. Arch. di Fisiol. 29, 394 — 402 (1931). 7. *Eiger M.* i *Hurynowicz J.* Wpływ insuliny na układ nerwowy-wegetatywny. (Księga Jubileuszowa dla uczczenia Dr. Flatau'a). 8. *Nitzesco I. I.* et *A. Rudeanu.* Action de l'insulins sur les chronaxies motrices. Laborat de Physiol, Univ. Bucarest. C. r. Soc. Biol. Paris 116, 472 — 474 (1934). 9. *La Barre, Jean.* Origine nerveuse centrale de l'hypermotilité gastrique observée, au cours de l'hypeglycémie consécutive a l'hepaectomie. (Labor. de Pharmacodyn. et de Therapeut. Univ. Bruxelles. C. r. Soc. Biol. Paris 107, 906 — 907 (1931). 10. *Idem.* Influence de l'hypoglycémie insulinique des centres nerveux encephaliques sur la motilite gastrique. (Laborat. de Pharmacodyn. et de Thérapeut. Univ. Bruxelles, C. r. Soc. Biol. Paris 107, 258 — 260, 1931). 11. *La Barre, Jean* et *Pierre Destree.* Rôle des centres nerveux supérieurs dans l'hypermotilité gastrique consécutive aus etats d'hypoglycémie. (Laborat. de Pharmacodyn et de Therapeut., Univ. Bruxelles). C. r. Soc. Biol. Paris 104, 112 — 113 (1930). 12. *Lindquist, J. L.* The influence of insulin on the motility of the urinary bladder (dog). (Physiol Laborat. Univ. of Chicago, Chicago). Amer. J. Physiol 100, 1 — 7 (1932). 13. *La Barre, Jean* et *Carlos* de *Cespédés.* Rôle du systéme nerveux, central dans l'hypersecretion gastrique consécutive a l'administration d'insuline. (Laborat. de Pharmacodyn. et de Thérapeut. Univ. Bruxelles). C. r. Soc. Biol. Paris 106, 1249 — 1251. 14. *La Barre, Jean.* Sur l'origine centrale et parasympathique, des hypersecretions gastriques consecutives aux etats d'hypoglycémie. (Rom. Sitz. v. 2) VIII-3-IX. 1932. Verh. 14 internat. Kongr. Physiol 146, 1932. 15. *Idem.* The rôle of the central

nervous system in the control of pancreating secretion. I. The. secretion of insulin during hyperglycemia. (Dep. of Pharmacol., Univ. of. Chicago, Chicago. Amer. Physiol 94, 13 — 16 (1930). 16. *La Barre, Jean* et *Pierre Destree.* Influence de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie des centres nerveux superieurs sur la secretion externe du panereas. (Laborat. de Pharmacodyn. et de Thérapeut. Univ. Bruxelles. Arch. internat. Physiol, 31 — 121 — 161 (1929). 17. *Schazillo, B. A.* Beitrag zur Frage nach der Bedeutung des Insulins in der nervösen Atmungsregulation. (Inst. f. Path. Physiol. Staatl. Med. Inst., Odessa. Z. Biol. 88. 363 — 368, 1929). 18. *Dameshek William, Abraham Meyerson* und *Caroline Stephenson.* Insulinhypoglycemia. Machanism of the neurlogic. symptoms. (Div. of Research, Boston State Hosp. a Dep. of Neurol, Tufts Coll. Med. School, Boston. Arch. of Neurol. 33, 1 — 18 (1935). 19. *Ogawa T.* und *S. Shingu.* Über den Einfluss des Insulins auf den Purinstoffwechsel bei Morbus Basedowii. (I Med. Klin. Kais. Univ. Kyoto. Fol. endocrin. jap. 7, dtsche Zusammenfassung 39 — 40 (1931). 20. *Houssay, B. A.* et *A. Biasotti.* Hypophysectomie et diabette pancreatique: Arch. intern. of Pharmacodynamie 38, 250 — 260 (1930). Inst. de Physiol. Univ. Buenos Aires. 21. *Collin, R. P. L. Drouet, J. Watrin* et *P. Florentin.* L'action histophysiologique de l'hypoglycémie insulinique sur les glandes endocrines et le problème de l'antagonisme entre l'hypophyse et le pancreas. (Labor. d'Histol. Univ. Nancy, Rev. franc. Endocrin. 10. 271 — 305 (1932). 22. *Idem.* Action histophysiologique de l'hypoglycemie sur la guande pituitairé, la neurohypophyse et le tube cinerée. (Labor. d'Histol. Fac. de Med. Nancy, C. r. Soc. Biol. Paris. 108 61 — 64 (1931). 23. *Idem.* Action histophysiologique de l'hypoglicemie sur les glandes thyroide et parathyroide, le pancreas, les glandes salivaires et le thymus. (C. r. Soc. Biol. Paris 108, 64 — 66 (1931). 24. *Corkill, A. B., H. P. Marks* and *W. E. White.* Relation of the pituitary gland to the action of insulin and adrenaline. (Nat. Inst. f. Med. Researsh, Hamsteand, London. J. of. Physiol, 80 193 — 205 (1933). 25. *Collin R. P. L. Drouet, J. Watrin* et *P. Florentin.* Action histophysiologique de l'hypoglycemie sur le foie, la rate et les glandes surrenales. Laborat. d. Histol. Fac. de Med. Nancy, C. r. Soc. Biol. Paris 108, 66 — 68 (1931). 26. *Moracci, Espedito.* Sui fenomeni convulsivi da sostance ipoglicemizzanti nel celembo. Nota I. Contributo alla conoscenze dei fattori, che determinano la comparsa dei convulsioni da insulina. Istit. di Fisiol. e Chim. Biol. Univ. Messina. Boll. Soc. Ital. Biol. sper. 7, 302 — 306 (1932). 27. *Iidem.* Sui fenomeni convulsivi da sostanze ipoglicemizzati nel colombo. Nota II. Effetti della somministrazione pi guanioina Istit, di Fisiol. e Chim. Biol. Univ. Messina, Boll. Soc. ital. Biol. sper. 7 307 — 310 (1932). 28. *Hasama Bunichi.* Studies of the mechanism of insulin convulsion. I. Report. On the destruction of insulin in the living organism and its relation to convulsion. (Pharmacol. dep. med. coll. Nagasaki. Fol. pharmacol. jap. 8 1 — 15 (1928). 29. *Bodechtel G.* Der hypoglykämische Stock und seine Wirkung auf das Zentralnervensystem, zugleich ein Beitrag zu seiner Pathogenese. (Med. klin. Univ. Erlangen. Dtsch. Arch. Klin. Med. 175, 188 — 201 (1933). 30. *Tani N.* Experimentelle Beiträge zum Insulinkrampf, mit Berücksichtigung histopathologischer Befunde. Psychiatr. Klin. Kais. Univ. Tokyo, Psychiatr. et. Neur. jap. 39, H. 2. dtsche Zusammenfasung 5 — 6 (1935). 31. *Stief A.* und *L. Tokay.* Beiträge zur Histopathologie der experimentellen Insulinvergiftung. (Hirnforsch. — Anst. Univ. Szeged. Z. Neur. 139, 434 — 461 (1932). 32. *Sakel, Maufred.* Eine neue Behandlungsmethode der Schizophrenie (Moritz Perles Verlag. Wien — Leipzig 1935). 33. *J. Paradowski, J. Rose, S. Witek, W. Zaleski.* Leczenie schizofrenji insuliną. (Doniesienie tymczasowe). (War. Czas. Lek. 33, 529 — 534 1936).

Z Białostockiego Wojewódzkiego Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych
w Choroszczy
(Dyrektor Dr. *St. Deresz*)

O ZMIANACH HEMATOLOGICZNYCH U SCHIZOFRENIKÓW LECZONYCH INSULINĄ

(Doniesienie tymczasowe)

podał

DR. JAN TRACZYŃSKI

Metoda leczenia schizofreników insuliną, zapoczątkowana przez *Sakla* wywołała tak duże zainteresowanie wśród klinicystów, że zaczęto ją stosować w bardzo wielu zakładach nietylko zagranicą, ale też i w kraju. Zrozumiałem jest, że pociągnęło to za sobą zjawienie się w literaturze licznych prac, poświęconych temu zagadnieniu. Dotyczą one jednak przeważnie strony klinicznej, mniej laboratoryjnej. W tej ostatniej najbardziej jeszcze zwrócono uwagę na zachowanie się cukru, mniej na ogólny chemizm, a jeszcze mniej na morfologję krwi.

Ponieważ w tutejszym szpitalu od lata b. r. zaczęto stosować w leczeniu schizofrenji metodę insulinową, zainteresowała nas strona laboratoryjna tego zagadnienia. Z tej racji przeprowadziliśmy szereg badań nad chemizmem i morfologją krwi chorych insulinowanych. Badania chemiczne krwi, nie dały nam jeszcze wyników, pozwalacych na ich opublikowanie, natomiast materjały uzyskane z badań nad morfologją krwi, dają już możność stwierdzenia faktów, mających według wszelkiego prawdopodobieństwa pewną wartość zarówno kliniczną, jak i teorytyczną. Nie traktujemy naszych badań jako pracy zakończonej, gdyż nie mamy jeszcze należytego wytłumaczenia uzyskanych faktów i wystarczających podstaw do wysnucia ostatecznych wniosków. Otrzymane przez nas wyniki, podaję zatem w postaci krótkiego doniesienia tymczasowego, sądząc, że w najbliższej przyszłości będziemy mogli ogłosić bardziej wyczerpujące dane, dotyczące zmian we krwi chorych insulinowanych.

Materjał nasz obejmuje 17 pacjentów—15 kobiet i 2 mężczyzn, u których dokonano 220 badań, w 34 serjach po 6—7 badań w serji. Pod względem klinicznym są to przypadki bądź ostrej świeżej schizofrenji, bądź przewlekłej, o rozmaitych postaciach: prostej, paranoidalnej i katatonicznej.

Badania krwi dokonywano w *różnych* okresach kuracji insulinowej: początkowym, środkowym i końcowym. W celu zachowania jednakowych warunków badania, ustaliliśmy pewien określony system pracy: przy układaniu jego wychodziliśmy raczej z doświadczenia klinicznego, a nie z przesłanek teoretycznych. Moment pobierania krwi uzależniliśmy od objawów klinicznych, mniej zwracając uwagę na czas. W tem świetle porządek badań ułożył się następująco: I-sze badanie naczczo — przed zastrzykiem insuliny; II-gie w 15—20 min. po zastrzyku;—III-cie z początkiem wystąpienia wyraźnych objawów klinicznych hypoglikemji (ślinotok, pocenie się, osłabienie odruchów, senność i t. p.), co następowało mniej więcej 40—80 min. po injekcji insuliny; IV-te na początku zapaści; V-te przed samem przerwaniem zapaści, przyczem chorych trzymaliśmy w zapaści około 1—2 godz.; VI-te w 8—10 min. po karmieniu sondą, w okresie kiedy chory zaczyna się budzić, i VII-me w 24 godz. po pierwszem badaniu naczczo.

Przy badaniu uwzględniano we wszystkich przypadkach ilościowo białe i czerwone ciałka, hemoglobinę i obraz morfologiczny według *Schillinga*, oraz w niektórych przypadkach chemizm krwi. W celach pomocniczych przeprowadzano badanie przemiany materji, zachowania się ciśnienia krwi, wykonano niektóre próby farmakologiczne i upust płynu mózgowo-rdzeniowego. Równocześnie z badaniem krwi przeprowadzano ścisłe obserwacje kliniczne dotyczące zachowania się tętna, oddechu, ciepłoty, odruchów, czasu powstawania, jak również charakteru drgawek i t. p.

Wyniki naszych badań przedstawiają się w sposób następujący: w okresie hypoglikemicznym, u wszystkich bez wyjątku chorych insulinowanych ilość leukocytów *wzrasta*, nieraz przewyższając kilkakrotnie normalny ich poziom; leukocytoza ta osiąga maksimum na szczycie zapaści, dochodząc nawet do 20,000.

Sam przebieg wzrastania leukocytozy idzie nie zawsze jednakowo. Daje się stwierdzić jakby *dwa typy* przebiegu. W jednych przypadkach wzrost ilości leukocytów idzie równomiernie, podnosząc się już odrazu po zastrzyku insuliny, tak, że badanie drugie (w 15 min. po zastrzyku) wykazuje większe liczby, niż początkowe. (Tabl. I. Nr. Nr. 1, 4, 6 b., 6 c., 12. Tabl. II. rys. 2 i 3). W innych przy-

padkach widzimy, że po podaniu insuliny następuje spadek ilości białych ciałek, cyfry drugiego badania są niższe od cyfr początkowych; na krzywych wyraża się to ząbkiem. (Tabl. I. Nr. Nr. 2, 5 a, 10, 11, 13 a., 13 b., 9 b, i t. p. Tabl. III rys. 2—4). Fakt ten wskazywałby ewentualnie na istnienie jakiegoś *mechanizmu*, wpływającego obniżająco na leukocytozę. W piewszym rzędzie należałoby tu myśleć o początkowem zadrażnieniu przez insulinę ośrodków wegetatywnych i to części parasympatycznej.

W okresie występowania wyraźniejszych objawów hypoglikemicznych, nasilenie leukocytozy jest znaczniejsze, przewyższa ono nieraz bardzo wybitnie cyfry poprzednich badań. Tabl. I. (rubr. badania trzeciego).

Z chwilą powstawania zapaści, leukocytoza wzrasta wydatniej, przyczem w jednych przypadkach utrzymuje ona swój zwykły poziom przez cały czas zapaści, w innych nieco waha się, osiągając swe maksimum dopiero po dłuższym trwaniu zapaści. W tych przypadkach, największe nasilenie stwierdzaliśmy przed samym przerwaniem zapaści.

Po podaniu cukru, z chwilą wystąpienia pierwszych objawów budzenia się chorego (8—10 min. po karmieniu), badanie krwi wykazywało spadek ilości leukocytów. To obniżenie leukocytozy po karmieniu nie zawsze przebiega równomiernie. Czasami jest ono bardzo znaczne, cyfry spadają ostro. (Tabl. I Nr. Nr. 4, 5 a., 7, 5 b., 9 a, 14, i inne. W innych przypadkach obniżenie jest niewielkie. (Tabl. I Nr. 10, 6 c., 5 c, 16 a, i inne). Wreszcie w niektórych przypadkach utrzymuje się ono na poziomie, jaki stwierdzaliśmy przed karmieniem, i spada dopiero po dłuższym czasie. Powrót do cyfr pierwotnych t. j. do cyfr badania wyjściowego następuje dopiero znacznie później.

Badanie ostatnie w 24 godz. po zastrzyku wykazuje, że leukocytoza, jakkolwiek przychodzi do granic normocytozy, jednakże jest nieraz nieco wyższą niż badanie wyjściowe. (Tabl. I Nr. Nr. 3, 4, 6 c, i inne, tabl. II rys. 3, 4). Fakt ten jakby wskazywał na znaczny *rozpęd* czynników, wywołujących leukocytozę podczas insulinowania, względnie wogóle na znaczne przestrojenie organizmu leczonych insuliną. Podobne zjawisko zresztą obserwowaliśmy na krzywych cukrowych: poziom cukru we krwi w 24 godz. po podaniu insuliny był nieco wyższy, niż przed jej podaniem.

Celem ułatwienia orjentacji we wzroście leukocytozy, wprowadziliśmy *współczynnik wzrostu leukocytów*, czyli stosunek maksymalnej liczby podczas zapaści do liczby pierwotnej przed zastrzykiem.

Tablica I.

Nr. porządkowy	Inicjały chorego	Nr. serji badania	Badanie I	Badanie II	Badanie III	Badanie IV	Badanie V	Badanie VI	Nr. zapaści	Dawka insul. jedn.	Dawka insuliny ogólna	Poprawa lub pogorszenie	Postać schizofrenji
1	K. M.	1	6900	8900	13200	14000	14200	5000	17	50	956	— —	simpl.
2	K. H.	1	5400	4000	5000		7000	5400	0	32	56		"
3	O.	1	9000	8400	9700		8900	8700	7	72		— —	o. kat.
4	P. L.	1	6300	9600	11070	20000	9500	7200	6	80	778	+ +	paran.
5a	R. L.	1	9000	7500	10500	15500	10000	10000	7	80	786	+ +	simpl.
5b	"	2	6100	9100	16200	16250	10500	6200	16	80	1506	+ +	"
5c	"	3	10000	11800	11000	13000	11000	9300	23	40	1922	— —	"
6a	U. W.	1	9000	7000	6500	11800	11800	8100	0	32	56	— —	simpl.
6b	"	2	8800	10000	11000	11300	9600	8000	3	64	392	— —	"
6c	"	3	6400	7200	10900	11700	9500	7700	9	64	776	— —	"
6d	"	4	6000	6100	6900	11800	7700	7500	13	64	1032	— —	"
6e	"	5	6200	7000	9900	11600	10700	6900	17	48	1250	— —	"
6f	"	6	10000	7000	7500	11000	10100	6500	22	32	1532	— —	"
7a	R. G.	1	5700	5800	7700	17500	11300	5000	0	144	1760	+ +	paran.
7b	"	2	5100	4300	11000	17000	13400	5800	15	184	3792	+ +	"
7c	"	3	6200	5000	13000	15600	13500	6100	17	150	4208	+ +	"
7d	"	4	6700	5100	16500	17000	13400	6700	19	170	4492	+ +	"
7e	"	5	6700	6300	8900	11500	12000	6000	21	170	4570	—	"
8a	A. W. W.	1	4800	5000	6300	6400	5100	5000	7	24	172	— —	paran.
8b	"	2	5300	5000	6700	7000	7000	5800	10	16	448	— —	"
9a	S. J.	1	7200	8300	10100	14000	11400	7700	2	120	1056	+ +	"
9b	"	2	6000	4500	13600	15000	8500	6800	10	120	2118	+ +	"
10	G. R.	1	6200	5200	9500	12400	12200	7000	4	60	324	—	katat.
11	J. S.	1	6700	5600	13900	15500	15400	7200	4	128	1036	+ +	okres.
12	D. W.	1	5200	6300	10000	10000	10000	10000	0	64	230	— —	paran.
13a	N. J.	1	6500	5200	9800	10700	8900	7000	2	56	232	— —	simpl.
13b	"	2	8500	6700	11000	13700	10000	8500	7	48	454	— —	"
14	W. G.	1	8400	7800	13400	14000	14000	8000	0	112	782	+ +	katat.
15	G. R.	1	6000	6400	6900	16000	16000	6500	6	60	464	+ +	"
16a	W. F.	1	4800	5200	11200	13000	12000	7600	0	24	24	+	paran.
16b	"	2	5600	4800	10100	15700	12000	5200	0	64	264	+ +	"
17a	F. B.	1	5800	7900	10500	17500	15000	8700	1	48	120	+ +	katat.
17b	"	1	8500	6500	13200	15500	13500	10500	3	48	224	—	"

+ + znaczne polepszenie
+ polepszenie
— — znaczne pogorszenie
— bez zmian

Tablica ilustrująca ogólny przebieg wzrastania leukocytozy podczas insulinowania.

Współczynnik ten zawsze wyższy od jedności i waha się w naszych przypadkach od 1,3 do 3,35.

Rozpatrując leukocytozę insulinowanych chorych w związku z przebiegiem kuracji, rzuca się w oczy fakt, że chorzy, u których klinicznie stwierdza się poprawę (w sensie cofnięcia, względnie zmniejszania się zaburzeń psychicznych), wykazują jakby większe *nasilenie* powstającej leukocytozy, niż chorzy u których niema żadnej poprawy. W naszych przypadkach chorzy ze znaczną poprawą (tabl. I Nr. 9 a, 16, tabl. III rys. 1 — 5) wykazują bardzo znaczny wzrost leukocytozy. Współczynnik u tych chorych waha się pomiędzy 2—3,35 (tabl. III).

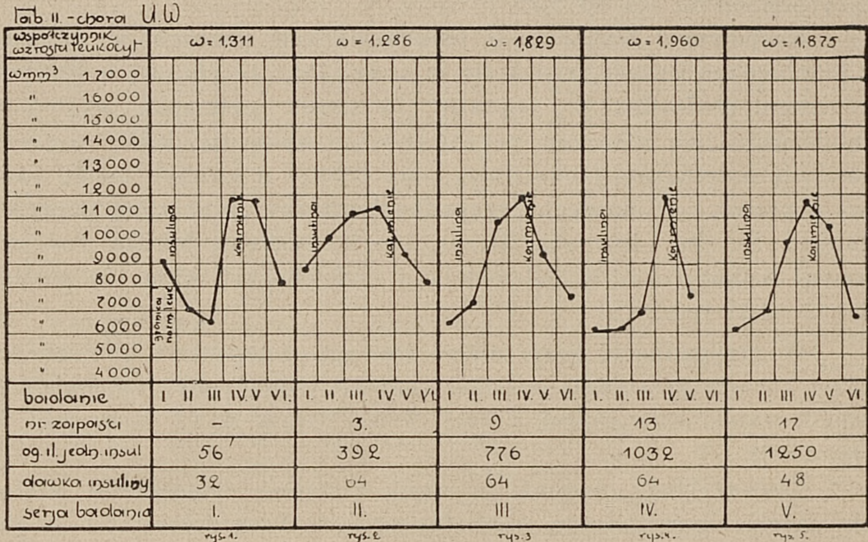
W przypadkach, gdzie niema żadnego polepszenia klinicznego, gdzie kuracja przebiega opornie, wzrost leukocytów *jest mniejszy*, współczynnik jest poniżej 2 (tabl. I Nr. Nr. 6, 8, 12, 13 b, tabl. II rys. 1—5).

Zauważyliśmy również, że jeżeli następuje pogorszenie w stanie psychicznym chorego, normalny poziom leukocytozy (t. j. w badaniu pierwszem) jest zwykle dość wysoki, nieraz przekracza górną granicę normoleukocytozy. W tych przypadkach współczynnik wzrostu leukocytów staje się zatem mniejszym (tabl. I Nr. 5 b—polepszenie, Nr. 5 c, ten sam przypadek w okresie pogorszenia; Nr. 17 a—polepszenie Nr. 17 b pogorszenie).

W celu przekonania się, jak reaguje ten sam osobnik na insulinę w rozmaitych okresach kuracji, oraz czy nie wpływa na wzrost leukocytozy wysokość dawki insuliny, lub też ilość ogólna insuliny podanej od początku kuracji, przeprowadziliśmy szereg badań *seryjnych* u jednych i tych samych chorych. Wybraliśmy chorych o różnych zasadniczych typach leukocytozy i o różnym przebiegu kuracji. Wzięliśmy zatem chorą, u której niema żadnej poprawy w jej stanie psychicznym, ze wskaźnikiem leukocytozy małym, oraz chorą, wykazującą polepszenie stanu psychicznego w trakcie kuracji, z wysokim wskaźnikiem leukocytów. Tabl. II i III ilustrują te przypadki.

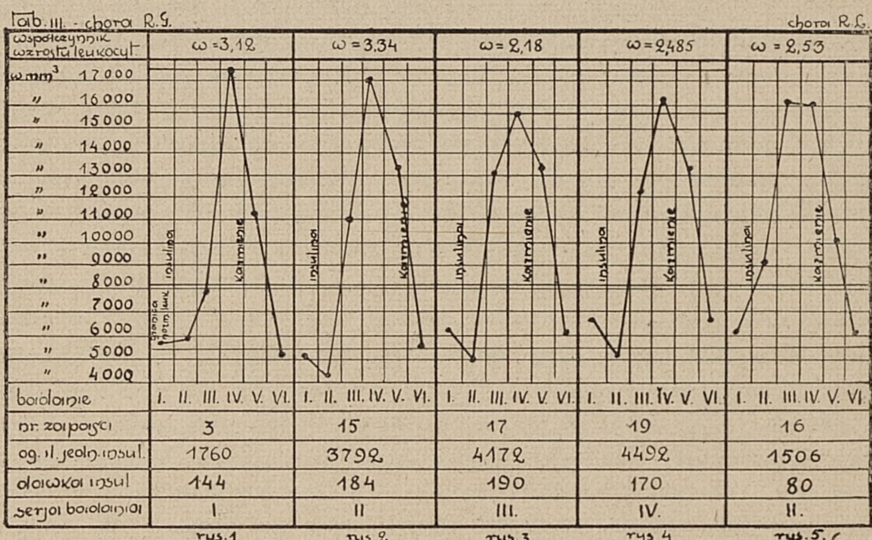
W wyniku tych badań porównawczych okazuje się, że istnieje jakby indywidualna *stałość* osobnicza reagowania na insulinę. Np. u chorej U. W. (tabl. II) we wszystkich 5 badanych serjach wysokość leukocytozy dochodzi niemal stale do jednego maksymalnego poziomu. W tym wypadku leukocytoza na szczycie zapaści waha się pomiędzy 11,300 a 11,800 leukocytów w 1 mm^3. W drugim przypadku chory R. G. (tabl. III) leukocytoza w 4-ch rozmaitych okresach insulinowania osiąga liczby między 15,500 a 17,000 w mm^3. Z tablic tych widzimy, że nasilenie leukocytozy nie jest zależne ani

Tablica II.



Krzywa wzrostu leukocytów w przypadku bez poprawy klinicznej.
Współczynnik wzrostu leukocytów < 2.

Tablica III.



Krzywa wzrostu leukocytów w przypadku z poprawą kliniczną.
Współczynnik wzrostu leukocytów > 2.

od *wysokości* jednorazowej *dawki* insuliny (tabl. II, ilość jednostek— 32, 64, 48; tabl. III, ilość jednostek 144, 184, 190, 170), ani też od *okresu insulinowania* (tabl. II, zapaść 0, 3, 9, 13, 17; tabl. III, zapaść 3, 15, 17, 19). Wreszcie widocznem jest, że nie gra tu roli *ilość* ogólna jednostek insuliny (tabl. II, ogólna ilość jednostek 55, 392, 776, 1032, 1250).

Jakościowy obraz krwi chorych insulinowanych wykazuje również interesujące zmiany.

W formule *Schillinga* we wszystkich przypadkach stwierdzamy: 1) *tendencję myelotyczną*, t. j. wzrost. ilości obojętno-chłonnych leukocytów i spadek limfocytów, 2) powstawanie *monocytozy*. Oba te procesy przebiegają rozmaicie i niezależnie od siebie.

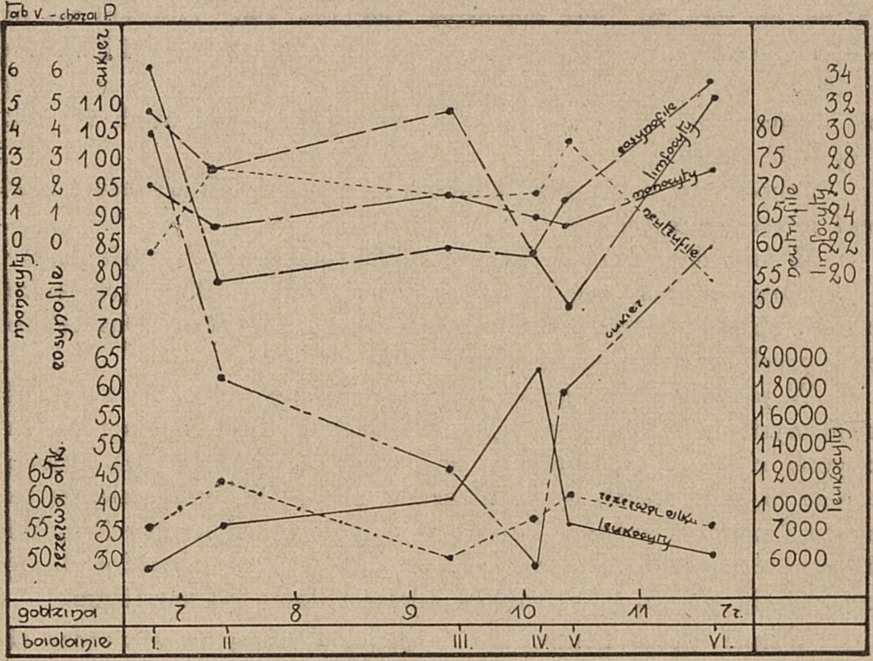
W początkowym okresie działania insuliny, albo też z początkiem wystąpienia objawów hypoglikemicznych ilość monocytów zazwyczaj zwiększa się znacznie, dochodząc czasami do 20%. Monocytoza ta, jakkolwiek są to nieliczne przypadki, utrzymuje się też nieraz i podczas zapaści. Zwykle w okresie przed karmieniem, kiedy zapaść trwa długo, monocyty znikają ze krwi obwodowej, aby pojawić się znowu, jakkolwiek w miejszej ilości, po karmieniu.

Wzrost ilości neutrofilów i spadek limfocytów stwierdza się we wszystkich bez wyjątku przypadkach, przyczem przebieg tych procesów nie idzie zawsze jednakowo. Nie można też stwierdzić jakiejkolwiek równorzędności pomiędzy krzywą wzrostu neutrofilów, a nasileniem leukocytozy. Nieraz odchylenia przy biegu obu krzywych są dość znaczne. Wzrost neutrofilów zaczyna się zwykle w okresie występowania znaczniejszych klinicznych objawów hypoglikemji i osiąga największe nasilenie w czasie zapaści lub nawet w okresie po zapaści, już po obudzeniu się chorego. (Tabl. V).

W tych przypadkach zatem stwierdzamy największą neutrofilję w czasie, gdy ogólna ilość ciałek białych już zmniejszyła się. Mamy więc tu do czynienia z szybszym spadkiem ogólnej ilości leukocytów, niż samych tylko neutrofilów. W pewnym odsetku przypadków w okresie największego nasilenia wzrostu neutrofilów pojawiają się postacie młode, czyli powstaje blok *regeneracyjny*. W niektórych przypadkach spotykamy się z mieszaną postacią bloku *regeneracyjno-degeneracyjnego*.

Tendencja myelotyczna, jak wynika z zestawienia formuły *Schillinga* naszych przypadków, jest niezależna ani od nasilenia leukocytozy, ani też od klinicznej poprawy lub pogorszenia w stanie chorego. W niektórych tylko przypadkach polepszenia się stanu chorego, daje się zauważyć, jakby większe nasilenie tendencji mye-

Tablica V.



Zmiany w formule Schillinga w związku z ogólną leukocytozą, rezerwą alkaliczną i cukrem. Podczas zapaści występuje wyraźna tendencja myelotyczna.

lotycznej, jednakże ze względu na zbyt małą regularność podobnego zachowania się neutrofilów, nie można uważać zjawiska tego za charakterystyczne dla poprawy.

Poczynając od początku występowania objawów hypoglikemicznych w formule leukocytarnej, stwierdza się wyraźny ubytek eozynofilów, dochodzący do zupełnego ich znikania w czasie zapaści. Pojawiają się one dopiero w pewnym czasie po karmieniu, kiedy leukocytoza ogólna spada i obraz krwi zbliża się mniej więcej do normy.

Jeśli chodzi o zachowanie się ciałek czerwonych, to według naszych obserwacji ilość ich nie ulega znaczniejszym wahaniom w czasie insulinowania. Wnioskować więc zatem możemy, że insulina nie wpływa w sposób wybitniejszy na krew czerwoną.

Wyjaśnienia powstającej podczas insulinowania leukocytozy w obecnym doniesieniu podać jeszcze nie mogę. Jest to przedmiotem dalszych naszych badań. Wspomnieć tu tylko należy, że wchodzi tu prawdopodobnie w grę regulacja centralna ośrodków wegetatywnych w mózgu.

PSYCHOANALIZA W STANACH NIEDOCUKRZENIA.[1])

podał

GUSTAW BYCHOWSKI

(Warszawa)

Panie i Panowie!

Pragnę podzielić się z Wami spostrzeżeniami i ideami — pierwsze napewno słuszne, drugie conajmniej problematyczne, — które nasunęły mi się w przeciągu ubiegłego półrocza przy okazji prób leczenia schizofrenji zapomocą metody wstrząsów insulinowych, podanej przez *Sakla*. Próby te przeprowadzałem wspólnie z grupą kolegów w klinice warszawskiej (kier. Prof. *Mazurkiewicz*). Nie tutaj miejsce na dokładną ocenę tej terapji, zaznaczyć jednak muszę, że podzielamy pogląd kliniki wiedeńskiej, iż metoda ta bezwzględnie przewyższa wszystkie stosowane dotychczas metody leczenia psychoz schizofrenicznych.

Próby nasze, które z odmianą metody zastosowaliśmy wkrótce także i do depresyj wewnętrzpochodnych, dostarczyły nam interesujących wglądów w budowę symptomatologji schizofrenicznej oraz w dynamikę mechanizmów leczniczych, które obficie występują w przebiegu leczenia. Zdaje się, że nigdy jeszcze nie mieliśmy możności przyjrzeć się tak dokładnie walce tendencyj leczniczych z siłami patologicznemi w całem jej dramatycznem napięciu.

Spostrzeżenia te i rozważania nasunęły mi próby kombinowania hipoglikemji z chwytami psychoanalitycznemi.

Pierwsze zasadnicze spostrzeżenia przedstawiają się, jak następuje. Widzimy, że w stanie niedocukrzenia wzrasta wyraźnie zdolność chorych do kontaktu czyli przeniesienia. Zmiana ta sięga tak daleko, że chorzy, którzy przedtem zachowywali się odpornie, negatywistycznie, a nawet agresywnie, nawiązują pełny kontakt uczuciowy z lekarzem. W pierwszych stadjach leczenia kontakt ten jest

---

[1]) Odczyt, wygłoszony na XIV-ym międzynarodowym zjeździe psychoanalitycznym (Marienbad, sierpień 1936).

bardzo krótkotrwały, a po spożyciu posiłku węglowodanowego chory powraca do swego nastawienia autystycznego.

Już tutaj — w pierwszych okresach kuracji — możemy przypuścić, że ważny mechanizm leczniczy stanowi uciszenie napięcia afektywnego, jakie często daje się zauważyć. Tak np. uspakaja się tak częsty nastrój lękowo-depresyjny. Czynnik ten nietylko ułatwia kontakt, ale może również przyczynić się do usunięcia afektywnego podłoża niektórych urojeń.

W dalszym ciągu widzimy pierwsze wyraźne mechanizmy lecznicze, a mianowicie małe wyładowania katartyczne. Spontanicznie albo też pod wpływem naszej zachęty wybuchają z silną dynamiką krótkie relacje, zawierające fragmenty historji życiowej, wydarzenia urazowe, a więc materjał, który dotychczas był całkowicie niedostępny. Zdarzyło się nawet, żeśmy w ten sposób dowiedzieli się nazwiska chorej, która, przywieziona do kliniki jako N. N., broniła swego incognito z wielką wytrwałością.

W dalszych stanach niedocukrzenia możemy nawiązywać do już uzyskanego materjału i napierać na dalsze wyładowania, jeśli proces ten nie następuje samorzutnie.

W dalszym przebiegu kuracji natrafiamy na mechanizmy korygujące, które pojawiają się spontanicznie ale, które możemy również nieraz przyspieszać.

Należą tutaj: a) proste zrozumienie. Chora z ostrą paranoidalną psychozą, która negowała swoje pochodzenie i za ojca swego podawała obu straconych w Stanach Zjednoczonych anarchistów Sacco i Vanzetti, wycofuje się z tego twierdzenia i przyznaje, że ojca swego nigdy naprawdę nie kochała. „Bywają przecież rodzice, którzy nie umieją wychowywać dzieci w miłości dla siebie".

Następnie b) zdystansowanie się. Chory przypomina sobie dokładnie, że wybierał się do Włoch, ażeby zwalczać Duce i naprawić krzywdę, wyrządzoną Abisynji, ale uważa to za niedorzeczność i nie chce o tem więcej mówić.

c) Projekcja. Paranoidalna chora, która podaje się za niemiecką księżniczkę, obsypuje nas w chwili remisji wyrzutami: jakże to mogliśmy się odważyć rozpowiadać o niej. że ona uważa się za księżniczkę, to przecież zwyczajne kłamstwo.[1])

Możemy stwierdzić, że w naszych ostrych, świeżych przypadkach wszystkie urojenia zostają zniesione w podobny sposób. Szybko znikają w hipoglikemji również i omamy.

---

[1]) Por. pracę autora o Projekcji. Rocznik Psychjatr. XII. 1930.

W przypadkach przewlekłych widzimy podobne mechanizmy, ale występują tutaj również i inne. Swoisty proces leczniczy w tych przypadkach możemy jednak uchwycić dopiero wtedy, gdy uwzględnimy przebieg jako całość. Jednocześnie objawi się nam szczególna problematyka psychoanalityczna choroby schizofrenicznej i jej wyleczenia.

W krótkim sformułowaniu: widzimy, że normalna jaźń chorego i twory patologiczne toczą ze sobą dramatyczną walkę. Zwycięża to jedna, to druga strona, tak że chory wydaje stę chwilami częściowo albo zupełnie „normalny", chwilowo znów „obłąkany". Ostateczny wynik tej walki naprawdę dramatycznej i fascynującej narazie nas nie interesuje, tem ciekawsze dla naszych dalszych rozważań są jej etapy.

A więc widzimy naprzykład, że studentka chora od 4-ch lat, pochodząca z ubogiego środowiska, w urojeniach swych przeinacza całkowicie rzeczywistość. Jest księżniczką Wittelsbach, posiada wielki majątek — między innemi szyb naftowy. Jej rzeczywiści rodzice zostają przedstawieni jako szantażyści, którzy ją prześladują i trzymają w zamknięciu, ażeby zabrać jej majątek.

I oto widzimy, jak po pewnej ilości głębokich wstrząsów insulinowych, zaraz po obudzeniu ze śpiączki następuje półgodzinne przejaśnienie. Chora uznaje swych rodziców, swoją sytuację życiową — jednem słowem całą swoją rzeczywistość, ale po krótkim czasie powraca znowu do warstwy patologicznej. Wygląda to tak, jakgdyby krajobraz górski spowity mgłą odsłonił się na chwilę przed oczyma zdziwionego widza.

W dalszym przebiegu leczenia interwale stają się coraz dłuższe, występują one — przynajmniej w całym szeregu przypadków, które tutaj mam na myśli — naprzód w stanie niedocukrzenia, następnie już i poza przebudzeniem. Już z samego faktu, że nawroty do psychozy następują niejako automatycznie, możemy wyprowadzić wniosek, iż twory patologiczne nie ulegają zniszczeniu. O właściwym ich losie przekonywujemy się wtedy gdy chorego w stanie takiej — nieraz i parodniowej „remisji" — poddamy dłuższemu badaniu.

Widzimy wówczas, że nasza studentka, która przecież teraz uznaje już rzeczywistość, reaguje podrażnieniem na niektóre z naszych aluzyj, dotyczące treści urojeniowej, unika tych tematów albo przerywa rozmowę. Zachowuje się tak, jakgdyby treści patologiczne były świeżo, niezbyt głęboko stłumione.

Dostrzegamy inne jeszcze oznaki stłumienia zapoczątkowanego, ale nie doprowadzonego do końca. Słyszymy dziwne przejęzyczenia.

Chora mówi: cóż to ma wspólnego z poczytalnością, czy się uznaje swoich rodziców — potem poprawia się: czy się kogoś uznaje za swoich rodziców.

Podobne znaczenie musimy przypisać następującemu spostrzeżeniu. W trakcie rozmowy o przebiegu zupełnie normalnym zjawia się nagle wstawka całkowicie patologiczna. Stosunek do rodziców okazuje się w jednem tchnieniu w całej swojej ambiwalencji. Tendencja negatywna podnosi głos w gwałtownych oskarżeniach pod adresem prześladujących ją szantażystów, natychmiast potem na pytanie o rodziców otrzymujemy odpowiedź o zupełnie adekwatnem zabarwieniu uczuciowem. Czy wniosła skargę także i przeciwko rodzicom? Co znowu, ma im przecież tyle do zawdzięczenia.

A oto w dalszym przebiegu kuracji uderza nas nowe dziwne spostrzeżenie. Chora, która już parę dni przeżyła w płaszczyźnie rzeczywistości, powraca do swych urojeń — ale właśnie w stanie niedocukrzenia.

Sakel mówi tutaj o t. zw. psychozie aktywowanej i w zjawisku tem upatruje ważne kryterjum nieustabilizowanego wyleczenia i wskazanie do kontynuowania kuracji.

(Dla ścisłości zaznaczyć musimy, iż przebieg, o którym tutaj mówimy, jest wprawdzie częsty, do pewnego stopnia nawet typowy, ale bynajmniej nie jedyny. Dla uproszczenia będziemy rozważania nasze do niego tylko stosowali).

Dodajmy jeszcze, że i w zakresie zrozumienia własnych przeżyć normalnych i chorobowych znajdujemy pod wpływem kuracji wielkie zmiany. W pewnej chwili np. widzimy, że nasza studentka wykazuje stopień samokrytycyzmu psychologicznego, jaki zazwyczaj osiągamy jedynie w daleko posuniętej analizie naszych neurotykow ale jakiego nigdybyśmy się nie spodziewali w psychozie. Chora — i to w czasie krótkotrwałej remisji — wskazuje sama na podstawy charakterologiczne dla swych urojeń. Podaje, że zawsze była uczuciowo obojętna, wyrachowana, „businessmanlike": uczucia nie grały w jej życiu żadnej roli. W szkole była zawsze pierwsza, ogromnie zarozumiała, uważała się za wyższą od otoczenia, chciała być sławna i bogata.

Oto najważniejsze z naszych spostrzeżeń. Spróbujmy ująć je w ramki naszych pojęć psychoanalitycznych.

Cóż się dzieje przy pierwszych próbach korygowania? Poto ażeby mogła zostać zanulowana ta negacja rzeczywistości, która podług *Freuda* [1]) stanowi charakterystyczny mechanizm psychozy,

[1]) Neurose und Psychose. Gesam. Schriften, V.

musi ulec osłabieniu ta instancja, która ze swej strony tę negację wytworzyła i broni jej z taką uporczywością.

Jeśli porównamy schizofrenika z neurotykiem, to musimy sobie powiedzieć, że podczas kiedy tutaj stłumieniu ulegają tendencje popędowe, to w psychozie stłumienie (w tym przypadku mówimy o zaprzeczeniu) obejmuje rzeczywistość. Uporczywość, z jaką zostaje utrzymany w mocy ten specyficzny rodzaj stłumienia, nie ustępuje wcale tej obsadzie przeciwniczej jaźni, która podtrzymuje właściwe stłumienie neurotyczne.

Możemy przypuścić, że i u psychotyka instancję zaprzeczającą stanowi jaźń, oczywiście jaźń odrębna, zmieniona w interesie prymitywnych tendencyj «*Es*». Jaźń ta powoduje się przedewszystkiem pierwotnemi pragnieniami wielkościowemi, które nie mogą znaleźć bezpośredniej realizacji w ramach rzeczywistości. Pozatem jaźń ta powoduje się jeszcze prymitywnemi tendencjami destrukcyjnemi, które sprawiają, iż w rzeczywistości upatruje ona jedynie tamę, przeszkodę na drodze do zaspokojenia swych pragnień — i odpowiednio do tego czyni z niej przedmiot swej nienawiści.[1])

Jaźń tę możnaby najlepiej określić jako prymitywną parodję ponad-jaźni, jako pseudo - ponad-jaźń, która, związana bezpośrednio z »Es«, nie zdążyła sobie jeszcze przyswoić norm socjalnych ani logicznych i liczy się jedynie i wyłącznie z dziecięcem urojeniem wielkościowem.

W toku kuracji insulinowej uderza nas paralelizm pomiędzy poprawą kontaktu czyli przeniesienia a korekturą urojeń. Nasuwa się wniosek: negacja rzeczywistości wiąże się z całem negatywnem nastawieniem, z aktywnem odsuwaniem rzeczywistości. Jaźń infantylna, patologicznie skrzywiona, jest nietylko miejscem koncentracji libido narcystycznej lecz rownież i energji destrukcyjnej, wywodzącej się z popędów śmierci czyli z pierwotnego sadyzmu.

Cóż dzieje się w hipoglikemji? Stan niedocukrzenia, który wyłącza funkcjonalnie całe odcinki ośrodkowego układu nerwowego, osłabia chorą jaźń i czyni ją dostępną wpływom z zewnątrz. Tendencja negatywistyczna, opór w stosunku do rzeczywistości a w szczególności do najbliższego otoczenia zostaje zmniejszony, a nawet usunięty. W ten sposób mogą dojść do głosu pozytywne tendencje przeniesieniowe, a jednocześnie tracą swoją obsadę treści patologiczne.

Patologiczna pseudo - ponad - jaźń uniemożliwia również jaźni

---

[1]) Por. autora „Aktivität und Realität" Int. Ztsch. f. Psychoanalyse, 1933.

wszelki samokrytycyzm, świadomość jako narząd postrzegania wewnętrznego była oślepiona przez majaki urojeń wielkościowych albo tworów reaktywnych. Ten nieprzezroczysty dotyczas ekran staje się obecnie przepuszczalny dla niezamąconych postrzeżeń wewnętrznych.

Wypowiedzieliśmy tutaj przypuszczenie, że w toku kuracji stłumieniu ulegają skolei tendencje patologiczne, które — wyrażając się topicznie — zajmują obecnie miejsce tłumionej czy też raczej negowanej dotychczas rzeczywistości. Jak możemy sobie wyjaśnić takie przewarstwienie?

Sądzę, iż musimy sobie powiedzieć, że miejsce patologicznej jaźni (pseudo-ponad-jaźni), osłabionej przez wielokrotną hipoglikemję, zajmuje teraz normalna jaźń, która sprawuje swój urząd i wywiera wpływ tłumiący. Jest ona otwarta dla rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej, daje posłuch normom właściwej ponad-jaźni i, jak się zdaje, pozbawia obsady twory patologiczne, które — jakeśmy to usiłowali przedstawić — stanowią wyraz zakażenia dziecięcej jaźni przez «*Es*».

Swoisty charakter procesu leczniczego polega, jakeśmy widzieli, na tem, że ten nowy układ sił jest zrazu bardzo jeszcze chwiejny, niestały, łatwo odwracalny. Normalna jaźń, przywrócona dopiero co w swych prawach, wydaje się nieopancerzona, niezmiernie wrażliwa, plastyczna. Poddaje się ona w wysokim stopniu wpływom zewnętrznym, co zmusza nas do bacznego zwracania uwagi na hygienę psychiczną i na ochronę chorego przed szkodliwościami ze strony otoczenia.

Odwracalność sytuacji psychicznej okazuje się najjaskrawiej w świetle faktu, że dalsze hipoglikamje ponownie odwracają obraz kliniczny, tak że znów ujawnia się to, co już było stłumione.

Przy pomyślnym przebiegu leczenia odwrócenie to zostaje wreszcie cofnięte, tak że przywrócone zostają stosunki normalne. W tej chwili interesuje nas jednak szczególnie sam fakt, że normalna jaźń, restytuowana właśnie w swych prawach, znów traci swoją obsadę i zmuszona jest oddać ją ponownie prymitywnej pseudo-ponad-jaźni.

Odnosi się wrażenie, iż zachodzą istotne różnice pomiędzy procesami leczniczemi w przebiegu przypadków ostrych i przewlekłych. Koncepcja o tłumieniu treści patologicznych daje się zastosować jedynie do tych ostatnich; w ostrych natomiast zachodzi istotne zniszczenie urojeń.

Różnica ta polega zapewne na mniejszem ustabilizowaniu tworów patologicznych, które nie mają jeszcze za sobą obsad prze-

ciwniczych i aktów negacji oraz nie odgrywają jeszcze tak wielkiej roli w całokształcie psychiki.

Spostrzeżenia, poczynione w hipoglikemji, pokazują w sposób jaknajbardziej przekonywujący, że nawet w sprawach chorobowych daleko posuniętych normalne mechanizmy i nastawienia znajdują się zawsze w stanie utajonego pogotowia. Robi to duże wrażenie, gdy się widzi, jak u naszej studentki z poza projekcji prześladowczej wyłania się normalne nastawienie wdzięczności w stosunku do rodziców.

Zanim z rozważań naszych wyprowadzimy wnioski terapeutyczne, pragnąłbym rzucić spojrzenie porównawcze na pewne zjawiska, które znamy z psychoanalizy neurotyków. Podczas gdy w marzeniach sennych widujemy zazwyczaj stłumione treści popędowe, to pod koniec niektórych analiz spostrzegamy, że w snach pacjent wydaje się zdrowszy niż na jawie. Blizsze zastanowienie nasuwa następujące wyjaśnienie. Nieświadome było właściwem źródłem marzenia sennego tak długo, dopóki analiza opracowywała przedewszystkiem nieświadomy materjał popędowy. Przy odpowiedniem zaawansowaniu leczenia nieświadome jest tak dalece oczyszczone, że wobec tej zmiany marzenia senne zbliżyły się do świadomej normy, zniekształcenie senne jest już w znacznej mierze usunięte. Ale właśnie ta norma na jawie okazuje się stłumiona, czemuż nie występuje ona w świadomem myśleniu pacjenta?

Myślę, że odpowiedź musi brzmieć jak następuje. Dzieje się to za sprawą oporów jaźni, oporów stawianych przez infantylną, prymitywną jaźń, którą praca psychoanalityczna wykryła poza świadomą jaźnią i która obecnie przeszła do systemu przedświadomego.

Dlaczego ta przedświadoma prymitywna jaźń (która, jakeśmy to opisali w psychozie, jest właściwie infantylną pseudo-ponad-jaźnią, zainfekowaną przez „Es") podnosi obecnie swój głos?

Myślę, że dlatego, iż odczuwa ona zbliżające się wyzdrowienie i pogodzenie z rzeczywistością jako rezygnację, ograniczenie wszechmocy dziecięcego narcyzmu. To nastawienie infantylnej ponad-jaźni, która stawia opór końcowy, możnaby więc tak oto wyrazić: jakto, czyż to ma być już ta cała przyobiecana i dozwolona aktywność?! Jeśli mi na nią pozwalają (ojciec, lekarz-analityk), to wynika stąd, że dla siebie „dorośli" zarezerwowali coś większego i lepszego.

W ten sposób narcyzm utrudnia korekturę i potrzebna jest dłuższa praca psychoanalityczna, ażeby go przezwyciężyć (innemi słowy zmobilizować narcystyczną libido,ześrodkowaną w infantylnej ponad-jaźni).

U schizofrenika ten sam narcyzm, którego przedstawicielką jest i tutaj patologiczna pseudo-ponad-jaźń, stawia opór wpływom psychoterapeutycznym. Wszystko dzieje się tak, jakgdyby wstrząs hipoglikemiczny rozluźniał to mocne obsadzenie, wskutek czego libido zostaje zwolniona i przeniesiona na otoczenie; prymitywna ponadjaźń jako nosicielka urojenia wielkościowego może zostać poniechana względnie stłumiona.

Jak możemy wyzyskać psychoterapeutycznie te procesy, które wprawiamy w ruch zapomocą zmian biologicznych? Nasze dotychczasowe rozważania nasuwają odpowiedź same przez się.

Przedewszystkiem próbujemy wywoływać i rozwijać wyładowania katartyczne. Pozyskanym w ten sposób materjałem staramy się ostrożnie operować, przyczem przezwyciężamy coraz bardziej zamknięcie się chorego i usiłujemy przywiązać go do nas. W stanie niedocukrzenia a mianowicie w czasie przed utratą świadomości i wkrótce po jej ponownem pojawieniu usiłujemy stopniowo doprowadzić do korektury. Opory jaźni należy przytem uwzględniać jaknajstaranniej i dążyć do powolnego ostrożnego usuwania patologicznej rzeczywistości.

Rezygnacja z infantylnych urojeń wielkościowych wymaga odszkodowania. Chory znaleźć je musi w zadowoleniach, których możliwości wskazujemy mu w rzeczywistości: zadowolenia te muszą liczyć się z jego popędami oraz — i przedewszystkiem — z jego narcyzmem.

Wzrastające przywiązanie do otoczenia postaramy się wyzyskać dla usunięcia infantylnych lęków i projekcyj popędów destrukcyjnych, zawartych w urojeniach prześladowczych.

Całe otoczenie chorego musi w swojem postępowaniu liczyć się z plastycznością i wrażliwością świeżo wzrastającej i rozwijającej się normalnej jaźni.

Jeśli zapytacie mnie Państwo na zakończenie, jakie rezultaty osiągnąć możemy, opierając się na wszystkich tych przesłankach, to odpowiedź moja musi z natury rzeczy pozostać mocno nieokreślona: ilość i czas trwania naszych obserwacyj są jeszcze niewystarczające. Mimo to jednakże wydaje mi się, iż metoda wstrząsów insulinowych pozwala nam na wpływanie psychoterapeutyczne w przypadkach, do których dotychczas nie mogliśmy się nawet przybliżyć. Zagadnienia teoretyczne, z których ważniejsze starałem się tutaj naświetlić, wydają się niemniej interesujące od możliwości praktycznych.

SPRAWOZDANIE TOWARZYSTWA KRYMINOLOGICZNEGO.

Po paru latach przerwy Towarzystwo Kryminologiczne obecnie wznawia działalność.

Założone w roku 1921-ym przez szereg wybitnych lekarzy i prawników praktyków — wymieńmy b. Prezesa Sądu Najw., obecnie adwokata Al. Mogilnickiego, adwokatów, już nieżyjących, Henryka Ettingera i Mikołaja Korenfelda, Profesora Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego, Płk. D-ra Jana Nelkena, Prokuratora Jana Michała Gumińskiego — Towarzystwo Kryminologiczne przez szereg lat było ośrodkiem, koncentrującym wymianę poglądów teoretyków i praktyków na palące zagadnienia życia w dziedzinie walki z przestępstwem. Jednocząc w swym gronie prawników i lekarzy, Towarzystwo kryminologiczne umożliwiało specjalnie wszechstronne omawianie poruszanych tematów. To też działalność referatowo-odczytową Towarzystwa, podjętą notabene w czasie gdy myśl naukowo w omawianej dziedzinie intensywnie się nie przejawiała, należy specjalnie podkreślić. Z referatów tych przypomnimy cykl wieczorów, poświęconych omawianiu kwestji poczytalności, afektu patologicznego, odpowiedzialności karnej pijanego (referaty: ś. p. prof. D-ra Radziwiłłowicza, prof. D-ra Mazurkiewicza, Dyr. D-ra Łuniewskiego, D-ra Bednarza). Dyskusje nad tymi zagadnieniami, prowadzone na zebraniach naukowych Towarzystwa przy udziale wybitnych teoretyków i praktyków, niewątpliwie przyczyniły się do utorowania drogi dla przyjęcia panujących obecnie w obowiązujących normach kodeksowych pojęć o poczytalności wogóle i o poczytalności zmniejszonej w szczególności.

Żywy udział brało Towarzystwo Kryminologiczne w badaniu — z punktu widzenia teorji i praktyki — budzącej poważne zainteresowanie szerokich kół prawniczych i lekarskich kwestji zwalczania poronienia. Referaty Pani Dr. Marji Grzywo-Dąbrowskiej i Prof. D-ra Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego były podstawą wymiany poglą-

dów i dyskusji w łonie Towarzystwa, dyskusji, które zakończone zostały złożeniem Komisji Kodyfikacyjnej odpowiednich tez, jako dezyderatów w dziedzinie kodyfikacyjnej.

Potrzeby szpitalnictwa psychjatrycznego, opieki nad psychicznie chorym przestępcą, hygieny społecznej w odniesieniu do psychicznie chorych z uwzględnieniem etiologji niektórych schorzeń psychicznych znalazły obszerną ocenę w dyskusjach nad wygłoszonemi na powyższe tematy referatami obecnego Wiceprezesa Towarzystwa, Płk. D-ra J. Nelkena. Poprzednio urzędujący Wiceprezes, Prof. W. Grzywo-Dąbrowski, dostarczył Towarzystwu wszechstronnych danych dyskusyjnych w referatach: „O samobójstwie w Warszawie", „O roli biegłego lekarza" (Orzecznictwo Sądowo-Lekarskie), ostatnio zaś przedstawił Towarzystwu dane, dotyczące zagadnienia sterylizacji i kastracji z punktu widzenia teorji i obowiązujących prawodawstw.

Psychologja zeznań omawiana była na podstawie referatów Dr. Jana Nelkena oraz adwokata M. Ettingera.

Z pośród tematów prawniczych wymienimy w tym pobieżnym szkicu działalności Towarzystwa: referat Prezesa Towarzystwa, P. Prezesa Kazimierza Rudnickiego „O zawieszeniu wykonania kary", „O stosowaniu kary śmierci w Sądach zwyczajnych b. zaboru rosyjskiego"; dalej szereg referatów, których tematy pozostawały w ścisłym związku z opracowywanym w Komisji Kodyfikacyjnej nowym prawem sądowym (ustrojowym i procesowym), a mianowicie: „Reforma Sądownictwa w Polsce" i „O sądach przysięgłych" (referaty b. Prezesa Towarzystwa, Sędziego Sądu Najw., Br. Wisznickiego), „Projekt Ustawy o sądach zwyczajnych" (referat Prok. Sądu Najw. St. Lubodzieckiego), „Wyroki nieokreślone" i „O potrzebie wykładów Medycyny sądowej dla Prawników" (ref. Radcy E. Neymarka), „Tajemnica zawodowa lekarza i adwokata" (ref. adw. M. Ettingera i St. Rundo).

Poza działalnością referatowo-odczytową Towarzystwo Kryminologiczne rozwijało również działalność organizacyjną przez utrzymywanie i rozbudowywanie współdziałania z pokrewnemi organizacjami naukowemi i stowarzyszeniami, oraz przez udział w pracach kongresów naukowych, których prace były również tematami wygłaszanych w Towarzystwie referatów, jak np. referat P. Sędziego Sądu Najw. Wł. Sokalskiego „O dziewiątym Międzynarodowym Kongresie Penitencjarnym.

Obecny Zarząd Towarzystwa stanowią Panowie: Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski, Prof. St. Glazer, Prokurator T. Górecki Prokurator St. Lubodziecki, Dyr. Dr. Doc. Łuniewski, Dr. J. Nelken

Doc. Dr. L. Radzinowicz, Prezes K. Rudnicki, Adwokat St. Rundo Sędzia Wł. Śliwowski, Sędzia S. Walfisz. Na zastępców Członków Zarządu powołani zostali Panowie: Dr. Szpakowski, Dr. Mamczarski, Insp. Sobolewski, Prok. J. Firstenberg.

Specjalna Komisja z łona Zarządu opracowała plan prac Towarzystwa, obejmujący między innemi odczyty publiczne, oraz posiedzenia naukowe na tematy, dotyczące metod i zakresu badań współczesnej kryminologji.

Sekretarjat
Towarzystwa Kryminalogicznego.

SPRAWOZDANIE ODDZIAŁÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHJATRYCZNEGO

ODDZIAŁ LWOWSKI.

1. Oddział Lwowski Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego tworzy wspólnie z neurologami sekcję neurologiczno-psychjatryczną Lwowskiego Tow. Lekarskiego.

Praca odbywa się w ramach tej sekcji.

2. Prezydjum sekcji w roku 1935/36 1936/37

	1935/36	1936/37
przewodniczący:	Prof. Dr. *Rothfeld*	Dyr. Dr. *Sochacki*
zastępca:	Dyr. Dr. *Sochacki*	Prof. Dr. *Rothfeld*
sekretarz:	Dr. *Stein*	Dr. *Stein*
skarbnik:	Dr. *Limanowski*	Dr. *Limanowski*

POSIEDZENIA W ROKU 1935/36.

Dnia 5/XI. 1935.

1. Dr. *Erb* — Przypadek rzekomej stygmatyzacji.
2. Prof. Dr. *Rothfeld* — Zmiany psychiczne przy guzach mózgu.
3. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. Psych. w Warszawie.

Dnia 7/XII. 1936.

1. Prof. Dr. *Rothfeld* — Przezrocza do poprzedniego wykładu.
2. Dr. *Grzędzielski* — Dwa przypadki krwotoków podpajęczynówkowych. Doc. *Jaburek* — Histolog. badanie przypadku zmian naczyniowych z tarczą zastoinową.

Dnia 21/I. 1936.

1. Dr. *Falkiewiczowa* — Przypadek dwu guzów o różnem utkaniu.
2. Dr. *Falkiewiczowa* - Dr. *Spettowa* — Rzadki obraz zmian nowotworowych kręgosłupa.
3. Dr. *Świątkiewicz* — Demonstracja przypadku.
4. Dr. *Stein* — Przypadek ogniska w okolicy nucleus ruber.
5. Dr. *Pająk* — Tlenowa odma czaszkowa lecznicza (wykład).

Dnia 18/II. 1936.

1. Dr. *Świątkiewicz* — 1) Przypadek chordoma malignum z przerzutami.
   2) „ guza mostu.
2. Dr. *Stein* — Zespół Lawrance-Biedl.
3. Dr. *Pająk* — Leczenie porażenia postępującego szczepionką przeciw wściekliźnie (wykład).

Dnia 26/V. 1936.

1. Dr. *Stein* - Dr. *Goldschlag* — Przypadek choroby Swift-Reera u dorosłej osoby.
2. Dr. *Pająk* — Nowe poglądy psychologiczne w zastosowaniu do psychjatrji (wykład).

Sekretarz (—) Dr. *W. Stein*

ODDZIAŁ WARSZAWSKI

W okresie sprawozdawczym (r. 1935/36) odbyło się 12 posiedzeń naukowych i jedna wycieczka naukowa do zakładu psychjatrycznego „Zofjówka" w Otwocku. W tej liczbie było 10 posiedzeń zwyczajnych i 2 posiedzenia nadzwyczajne. 11 posiedzeń odbyło się w lokalu Kliniki Psychjatrycznej U. J. P. i jedno w Państwowym Zakładzie dla psychicznie chorych w Tworkach.

Frekwencja obecnych wynosiła od 34 do 120 osób, przeciętna 65 osób na posiedzeniu. Przeciętna więc frekwencja w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosła o 15 osób. Szczególnie liczne były posiedzenia nadzwyczajne oraz posiedzenie poświęcone doświadczeniom nad leczeniem chorób psychicznych insuliną, w którym poza członkami Towarzystwa brali żywy udział lekarze innych specjalności; również liczne było posiedzenie, na którem *Prof. Mazurkiewicz* wygłosił odczyt o mnemiźmie i odruchach warunkowych.

Ogółem wygłoszono 14 odczytów oraz dokonano 10 pokazów chorych i 3 pokazy anatomiczne (jeden pokaz chorych obejmował nieraz demonstrację dwuch, trzech, a nawet czterech przypadków).

Dyskusje na posiedzeniach były naogół ożywione, ilość osób, zabierających głos w dyskusji na jednem posiedzeniu wahała się od 2 do 17. Poszczególni członkowie Towarzystwa w ciągu roku zabierali głos po 9, 10 i 11 razy, pozatem brali udział w dyskusjach lekarze innych specjalności.

Przewodniczącym oddziału był *J. Handelsman*, wice-przewodniczącym *R. Dreszer* i sekretarzem — *K. Szczytt*.

POSIEDZENIA BYŁY NASTĘPUJĄCE:

I. Dnia 11/XII. 1935.

1. *S. Hryniewicz* — O pracy zespołowej kliniczno - laboratoryjnej w Szpitalach psychjatrycznych.

2. *J. Traczyński* (Choroszcz) — Morfologja i chemizm krwi a klinika psychjatryczna.

II. Dnia 8/I. 1936.

1. *I. Frydman* (Zofjówka) — Pokaz przypadku pląsawicy Huntingtona.
2. *A. Manasson* (Zofjówka) — Pokaz czterech przypadków schizofrenji przebiegającej okresowo.

III. Dnia 22/I. 1936. Posiedzenie nadzwyczajne.

1. *W. Winiarz* — Na marginesie trzechletniej podróży do Persji, Indyj, Chin i Japonji.
2. *J. Wielawski* — Imu, psychonerwica występująca wśród Ainusów, przedhistorycznych mieszkańców Japonji.

IV. Dnia 12/II. 1936.

1. *H. Węgleńska* — Zmiany anatomiczne w przypadku hypertonji samoistnej.
2. *M. Bornsztajn* — O schizofrenji somatopsychicznej (odczyt).

V. Dnia 11/III. 1936.

1. *Z. Messing* — Pokazy mikroskopowe: a) plamica mózgu, b) zmiany w mózgu w przypadku duru brzusznego.
2. *A. Malinowski* — Zadania psychjatrji w wojsku w czasie pokoju i wojny. (Odczyt).

VI. Dnia 1/IV. 1936.

1. *N. Zandowa* — Ruchy mimowolne, wywołane doświadczalnie.
2. *I. Frydman* — Przypadek dziedzicznego somnabulizmu.

VII. Dnia 15/IV. 1936. Posiedzenie nadzwyczajne.

1. Dr. *E. Minkowski* (Paryż) — O podstawach psychopatologji.

VIII. Dnia 6/V. 1936.

1. *M. Bornsztajn* — Historja rozwoju psychoanalizy i jej stan współczesny (w 80-tą rocznicę urodzin *Freuda*).
2. *G. Bychowski* — Analiza w przypadku homoseksualizmu wyleczonego psychoanalizą.

IX. Dnia 3/VI. 1936.

1. *K. Mikulski* (Gostynin) — W sprawie badań nad leworęcznością utajoną.
2. *G. Bychowski, M. Kaczyński, C. Konopka* i *K. Szczytt* — Doświadczenia i dotychczasowe wyniki leczenia insuliną chorób psychicznych.
3. *J. Frostig, W. Matecki, J. Kister* i *A. Manasson* — Sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji insuliną.

X. Dnia 14/VI. 1936 — w Tworkach.

1. *E. Steffen* — Niezwykły przypadek sądowy (Folie simultanée).
2. *F. Kaczanowski* — Schizophrenia circularis.
3. *J. Gallus* — Psychoza okresowa z urojeniami prześladowczemi.
4. *D. Ryniewicz* — Przypadek psychozy okresowej, powikłanej alkoholizmem.
5. *J. Handelsman* i *Z. Messing* — Pokaz anatomiczny przypadku późnej padaczki.

Dnia 27/IX. 1936 — wycieczka do Zofjówki.

1. *J. Frostig, J. Kister, A. Manasson, W. Matecki* i *I. Persyko* — Pokaz kliniczny przebiegu wstrząsów insulinowych.
2. Dyskusja.

XI. Dnia 7/X. 1936.

1. *A. Falkowski* — Ś. p. Prof. Stanisław Władyczko (wspomnienie pośmiertne).
2. Prof. *J. Mazurkiewicz* — O mnemiźmie i odruchach warunkowych.

XII. Dnia 4/XII. 1936.

1. *M. Kaczyński* — Demonstracja przypadku zespołu Wicherta.
2. Sprawozdanie Sekretarza i doroczne wybory Prezydjum Oddziału.
3. *K. Szczytt* — Pokaz psychozy wieku przekwitania leczonej małemi dawkami insuliny.

W wyniku wyborów Prezesem Oddziału został wybrany Doc. *A. Falkowski*, viceprezesem Dr. *H. Jankowska*, sekretarzem — Dr. *J. Gallus*.

Na początku roku sprawozdawczego Oddział liczył 82 członków, w ciągu roku przybyła jedna osoba i zmarła jedna osoba.

W końcu roku Oddział liczył 82 członków.

Sekretarz (—) *K. Szczytt.*

ODDZIAŁ ŁÓDZKI
(1935 r.)

1. Oddział w roku ubiegłym oraz sprawozdawczym liczył 19 członków.

2. Skład prezydjum: Przewodniczący: *Dyr. Dr. Siemionkin Mateusz*, sekretarz: *Dr. Stanisław Słomczyński.*

3. W roku sprawozdawczym skład prezydjum nie uległ. zmianie.

4. W roku sprawozdawczym odbyło się jedno posiedzenie w dniu 22/IX — 36 w szpitalu „Kochanówka" z porządkiem dziennym:

1) *Dr. Bohun Dokontowa.* Pokazy chorych.
2) *Dr. Słomczyński Stanisław.* Terapja sodoku schorzeń mataluetycznych.
3) *Dr. Januszkiewicz Zygmunt.* Przypadki *lyssa humana.*
4) *Stud. med. Kuberski Zdzisław.* Odczyn Biernackiego u chorych psychicznie.

Sekretarz: *(—) Słomczyński.*

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

Dr. WACŁAW JANUSZEWSKI.

W dniu 4 czerwca 1936 r. zmarł w Grudziądzu w tragicznych okolicznościach ś. p. Dr. Wacław Januszewski, w wieku 43 lat.

Zmarły urodził się w Dynaburgu w dniu 11 stycznia 1893 r.

Po ukończeniu szkoły średniej wyjechał do Petersburga, gdzie wstąpił do seminarjum duchownego, po ukończeniu którego nie przyjął jednak święceń kapłańskich.

W roku 1914 wstąpił do Instytutu Przemysłowo-Handlowego w Petersburgu na chemję, lecz po pewnym czasie rozpoczął studja lekarskie, przenosząc się do Instytutu Psycho-Neurologicznego (prof. Bechterewa). Studja te przerwał z powodu wyjazdu do Polski. Po przyjeździe do Wilna wstąpił na Uniwersytet Stefana Batorego początkowo na prawo, po upływie jednak roku przeniósł się na Wydział Lekarski. W roku 1920 ponownie przerwał studja, zaciągając się do wojska, jako ochotnik. Studja lekarskie ukończył w roku 1924. Jednocześnie w ciągu 5 lat pełnił obowiązki asystenta Zakładu Chemji Fizjologicznej U. S. B.

Po ukończeniu medycyny ś. p. Dr Wacław Januszewski poświęcił się psychjatrji, pracując w ciągu pierwszych dwóch lat w Dziekance w charakterze asystenta, poczem przeniósł się do Rybnika, gdzie zajmował stanowisko początkowo sekundarjusza, a następnie prymarjusza Zakładu Psychjatrycznego.

W dniu 1 stycznia 1935 r. objął stanowisko Kierownika Okręgowych szpitali dla nerwowo i psychicznie chorych więźniów w Grudziądzu. Stanowisko to zajmował aż do śmierci.

W czasie obchodu na oddziale dla psychopatów w dniu 28 kwietnia 1936 r. ś. p. Dr. Wacław Januszewski wszedł do jednego z pokoików, wyprzedzając pielęgniarzy, którzy zazwyczaj towarzyszyli Mu. Pokoik ten był zajęty przez 4 psychopatów-więźniów. Zanim zdołano zorjentować się jeden z nich zupełnie niespodziewanie

rzucił się na Niego, zadając nożem, przemyconym nielegalnie, pięć ran cięto-kłutych.

Długotrwałe i ciężkie zapalenie opłucnej, które wywiązało się w skutek uszkodzenia, przykuło Zmarłego do łóżka na kilka tygodni. Stale pogarszający się stan choroby zmusił rodzinę do przeniesienia Go do Szpitala Miejskiego w Grudziądzu. Wkrótce jednak nastąpiła dalsza komplikacja, powstał mianowicie skrzep w nodze.

W dniu 4 czerwca 1936 r. nagłe zaczopowanie żył płucnych spowodowało śmierć.

Dr. Wacław Januszewski osierocił żonę i dwie córki.

Ś. P. PROF. STANISŁAW WŁADYCZKO.

W dniu 18 lipca 1936 r. rozstał się z tym światem ś. p. *Stanisław Władyczko* emerytowany profesor neurologji uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.



Urodził się w Kownie w 1878 r. gdzie ukończył gimnazjum w 1897 r. W 1902 r. uzyskał dyplom lekarza po ukończeniu uniwersytetu w Moskwie. Niezwłocznie potem rozpoczyna pracę przy klinice neurologiczno-psychjatrycznej prof. *W. Bechterewa* w Akademji Lekarskiej w Petersburgu.

W latach 1904—5 na wojnie rosyjsko-japońskiej jest kierownikiem punktu sanitarno-opatrunkowego, następnie przez 6 miesięcy pracuje jako kierownik oddziału psychjatrycznego Szpitala Wojskowego w Port-Arturze. Tu nie ogranicza pracy do swej specjalności psychjatrji i neurologji, lecz zajmując się również chirurgją, wykonywa szereg operacji.

Po upadku Port-Artura odwozi psychicznie chorych drogą morską dokoła Azji przez Suez do Odesy.

Wyniki swych obserwacji podaje w dwóch pracach: „Wpływ morza i jego falowania na psychicznie chorych" (w języku rosyj-

skim — praca doktorska) i „Troubles mentaux pendant le siège de Porte-Artur".

Wysiłki wojenne, wyniszczenie wskutek głodu w obleganej twierdzy poderwały jego zdrowie. Stwierdzono początki gruźlicy płuc, pobyt nad Newą uznano za przeciwwskazany. W tatach 1905—1907 pracuje w Kijowie przy katedrze chorób nerwowych i psychicznych u prof. *M. Łapińskiego*. Wykonywa tu 4 prace z dziedziny anatomji układu nerwowego i przeprowadza badania nad zdolnością do pracy u chorych z otępieniem wczesnym.

W 1907 r. wraca do Petersburga, obejmuje stanowisko asystenta przy katedrze psychjatryczno-neurologicznej Akademji Lekarskiej, wtedy uzyskuje tytuł doktora medycyny.

W 1910 zostaje docentem psychjatrji i neurologji Akademji Lekarskiej w Petersburgu. Akademja Lekarska dwukrotnie delegowała go zagranicę, *Władyczko* uzupełnia swoją wiedzę u *Babińskiego, Dupré, Miecznikowa* w Paryżu, u *Kraepelina* w Monachjum, *Ziehena* w Berlinie.

Dla XIII Zjazdu Międzynarodowego Lekarzy w Londynie opracował łącznie z prof. *Bechterewem* i *Puseppem* referat o schorzeniach kiłowych mózgu i ich leczeniu.

W okresie swej pracy w klinice *Bechterewa*, aż do wybuchu wojny światowej ogłosił drukiem 19 prac naukowych w tem z zakresu psychjatrji 10, neurologji 7 i prac dotyczących obu dziedzin 2.

Przyjmował czynny udział w życiu kolonji polskiej w Petersburgu, wygłaszał odczyty i referaty w Towarzystwie Przyrodników i Lekarzy Polskich.

W czasie Wielkiej Wojny był kolsuntantem psychjatrji i neurologji z ramienia Czerwonego Krzyża, później szefem Działu Psychjatrycznego Armji Frontu Zachodniego, a następnie na Kaukazie.

W 1918 r. przez Polską Radę Wygnańczą uzyskuje, jako obywatel polski, możność wyjadu do Warszawy. Jedzie przez Petersburg, snując plany co do pracy jaka go czeka w Polsce, porozumiewa się z wybitniejszemi osobistościami z kolonji polskiej. Zabiera z Petersburga akta i pieniądze różnych polskich organizacji i po wielokrotnych aresztowaniach przezwycieża wszystkie trudności i przybywa do Wilna, a stamtąd jedzie do Warszawy.

W oficjalnym sprawozdaniu komitetu wykonawczego odbudowy Uniwersytetu Wileńskiego czytamy:

„W grudniu 1918 r. prof. *Stanisław Władyczko* zainicjował w Warszawie zwołanie konferencji w sprawie wskrzeszenia Uniwersytetu Wileńskiego; tam poraz pierwszy w wyzwolonej Polsce pod-

niesiono myśl tę wyraźnie i konkretnie. Konferencja odbyła się dn. 13.XII. w mieszkaniu ówczesnego dziekana prawa i nauk politycznych Uniwersytetu Warszawskiego prof. *Alfonsa Parczewskiego*". Po wysłuchaniu referatu wygłoszonego przez prof. *St. Władyczkę*: „W sprawie wskrzeszenia Uniwersytetu Wileńskiego", jednogłośnie przyjęte zostały wnioski referenta".

Wyłoniono Komitet Warszawski Odrodzenia Wszechnicy Polskiej w Wilnie.

Niezwłocznie potem z ramienia tego Komitetu udał się prof. *Władyczko* do Wilna i tu łącznie z prof. *Józefem Ziemackim* przedstawił Komitetowi Edukacyjnemu, przez Prezesa tegoż Komitetu dr. *Witolda Węsławskiego* plan organizacji uniwersytetu oraz konieczność najrychlejszego rozpoczęcia wstępnych prac. Pozatem powstała jeszcze Komisja Organizacyjno-Rewindykacyjna składająca się z obywateli m. Wilna, w skład której wszedł również prof. *Władyczko*. Los Wilna wówczas nie był rozstrzygnięty. Litwa i Bolszewja usiłowały go zagarnąć. Prof. *Władyczko* nie miał wątpliwości że w Wilnie ma być wskrzeszony polski uniwersytet. Pierwszym rektorem został prof. *Józef Ziemacki*, a pierwszym dziekanem wydziału lekarskiego prof. *Władyczko*.

Dnia 19 kwietnia 1919 r. wojska polskie wyzwoliły Wilno. W maju 1919 powstaje Komitet Wykonawczy Odbudowy Uniwersytetu Wileńskiego z rektorem prof. *Józefem Ziemackim* jako przewodniczącym i zastępcą przewodniczącego prof. *Władyczką*.

Dnia 18 września 1919 r. *Władyczko* zostaje powołany przez Generalny Komisarjat Ziem Wschodnich i Ministerstwo Oświecenia Publicznego i Wyznań Religijnych na profesora nadzwyczajnego do wykładów propedeutyki lekarskiej i encyklopedji nauk lekarskich, tudzież zastępczo psychologji doświadczalnej na uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie.

30 czerwca 1920 r. postanowieniem Naczelnika Państwa profesor dr. *Stanisław Władyczko* zostaje mianowany profesorem zwyczajnym neurologji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

W czasie wojny polsko-bolszewickiej był komendantem psychjatrycznego Szpitala Wojskowego w Grudziądzu i w Świeciu. W okresie Litwy Środkowej był kolsuntantem Szpitali Wojsk Litwy Środkowej w zakresie neurologji i psychjatrji.

Dn. 1 lipca 1920 r. został profesorem zwyczajnym neurologji na Wydziale Lekarskim tegoż Uniwersytetu. Od dn. 1 października 1921 r. do dn. 30 września 1933 r. był kierownikiem Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

We wrześniu 1933 r. została zwinięta katedra neurologji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wileńskiego, wobec czego został prof. *Władyczko* on przeniesiony w stan nieczynny, potem zaś na emeryturę.

W okresie swej pracy na terenie Wilna nie ustawał w pracy organizacyjnej. Walczył o windykację Szpitala psychjatrycznego w Nowej Wilejce dla psychjatrji.

Zawdzięczając prof. *Władyczce* tereny na ul. Letniej w Wilnie gdzie obecnie mieści się Państw. Szpital i Klinika Psychjatryczna, Psychjatrja Polska pozyskała na trwałe placówki pracy naukowej i lekarskiej; zorganizował Wileński Oddział P. Tow. Psychjatrycznego, był jego pierwszym przewodniczącym, a w latach następnych niejednokrotnie jeszcze przewodniczył jego pracom; w r. 1922 zorganizował III Zjazd Psychjatryczny w Wilnie, który był pierwszym naukowym zjazdem lekarskim w Wilnie; zainicjował i zorganizował pozaszpitalną opiekę psychjatryczną na terenie Wilna oraz t. zw. „ośrodek neurologiczny"; zainicjował powstanie Towarzystwa „Mens" dla walki z alkoholizmem i innymi nałogami; zorganizował i prowadził poradnię dla tego rodzaju schorzeń.

Stworzenie na Uniwersytecie wileńskim katedry psychjatrji odrębnej od katedry neurologji było w dużej mierze zasługą prof. *Władyczki*. Gdy dwukrotnie proponowano Mu połączenie obu katedr pod jego kierownictwem raz po śmierci prof. *A. Mikulskiego*, po raz drugi po śmierci prof. *R. Radziwiłowicza*, prof. *Władyczko* sprzeciwił się kategorycznie uznając, że tylko rozdział tych katedr gwarantuje psychjatrji samodzielość i rozwój.

Na terenie Wilna rozwinął Towarzystwo przeciwgruźlicze, (utworzył przychodnie), i długo się nim opiekował zapewniając mu swą inicjatywą i energją rozkwit. W stworzonej przez Niego Klinice Neurologicznej panowała atmosfera spokoju i harmonji, pracownicy pracowali bez przymusu, prof. *Władyczko* zachęcał do pracy naukowej. Brał niezwykle czynny udział w życiu społecznem Wilna. Był opiekunem i kuratorem kół i organizacji społecznych i naukowych. Szczególną opieką otaczał młodzież akademicką, zwłaszcza w okresie tworzenia się uniwersytetu. Wiele mu zawdzięczają koło Medyków i Bratnia Pomoc Stud. Uniw. Stefana Batorego w Wilnie. Z Wilnem zlączyły go węzły serdeczne, trwałe i niewygasłe.

Wyjeżdżał zagranicę kikakrotnie. W lipcu 1925 roku wygłosił odczyt na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Paryżu, oparty na własnych doświadczeniach pod tytułem „Sur l'hypotension intracranienne" (umieszczono w Revue neurologique N. 1, 1925). W latach 1925, 1926 i 1927 brał udział w Zjazdach neurologów

i psychjatrów francuskich (Congrés des Médicins Alienistes et Neurologistes) w Paryży, Blois i Genewie. Na każdym z tych Zjazdów wygłaszał odczyty. Zwiedzał Zakłady psychjatryczne — w Anglji, Belgji, w Szwajcarji, we Włoszech, w Austrji, we Francji i w Niemczech.

Był członkiem (membre associé étranger) Francuskiego Towarzystwa psychjatrycznego (Société Clinique de Médecine mentale), członkiem korespondentem Towarzystwa Neurologicznego w Estonji. Był współpracownikiem Zeitschr. f. Psychotherapie und Med. Psychologie, Przeglądu psychjatrji i Neurologji Polskiej.

Podczas pracy w Wilnie opublikował 13 prac z zakresu neurologji.

Władyczkę cechował umysł analityczny. Jako uczony nie ustawał w dążeniu do wiedzy — człowiek w życiu osobniczym i człowiek w gromadzie interesował go najbardziej. Miał możność i lubił przejawić swe zalety profesora-wykładowcy darem jasnych i plastycznych prelekcji cieszących się w Wilnie wielką popularnością. Publikacje jego cechował styl jasny, starannny i dydaktyczny, wiele z nich ma trwałą wartość w naukach lekarskich.

Jako społecznik lubił i umiał popularyzować wiedzę — tworzył placówki społeczne i naukowe. Po zorganizowaniu przekazywał je innym, żeby tworzyć i organizować nowe.

Przy wszechstronnej wiedzy prof. *Władyczko* posiadał i rozległą praktykę—którą zawdzięczał nietylko umiejętnemu podejściu do przypadku i skrupulatnemu badaniu, lecz głównie temu, że, będąc nietylko neurologiem i psychjatrą, był wszechstronnie wykształconym lekarzem i dobrym człowiekiem.

Pracując na Kresach dla państwowości i kultury polskiej dokładał starań, by współżycie mieszanej ludności układało się harmonijnie. Ze strony matki dziedziczył elementy litewskie—miał swoje marzenie, że kiedyś Kowno przyłączy się do Wilna i Warszawy.

Przejście na emeryturę w pełni sił duchowych odczuł głęboko, lecz bezpośrednio potem szukał szerszego terenu pracy—przeniósł się do Warszawy i tu rozpoczął działalność lekarską, naukową i społeczną. Szukał terenu pracy w Warszawie i czuł, że go znajdzie. Przychylne przyjęcie w Warszawie zachęciło go do przejawienia żywego zainteresowania i energji—zwłaszcza w dziale eugeniki i walki z alkoholizmem. Na terenie Warszawskiego Oddziału Polskiego Tow. Psychjatrycznego wykazuje zainteresowanie—jego przemówienia dyskusyjne wzbudzały zaciekawienie przez żywe zobrazowanie trafnych spostrzeżeń i szerokie naukowe ujęcie.

Jako najbliższy współpracownik ś. p. prof. *Władyczki* w okresie tworzenia się kliniki neurologicznej U. S. B. byłem świadkiem jego głębokich przeżyć, jego zmagań, jego nadziei, jego zawodów. nie lubił okazywać swego właściwego oblicza otoczeniu, — dlatego był często nierozumiany. Jego zamiary były nieraz rozumiane niewłaściwie. Bolało go to, gdyż kierowały nim dobre intencje. Praca z nim była łatwa. Każda inicjatywa, a przedewszystkiem inicjatywa naukowa cieszyła go, popierał ją zawsze, nigdy nie hamował.

Poświęcając to wspomnienie pamięci ś. p. prof. *Władyczce*, z którym żyłem blisko w ciągu 7 lat, chcę jeszcze dołączyć słów parę o Jego śmierci, która dla Niego była głęboko i oddawna przemyślanym problematem. Przygotował się do śmierci, uporządkował swe sprawy. W rozporządzeniu na miesiąc przed śmiercią pisał: „gdziekolwiek śmierć mnie spotka, w Wilnie czy gdzieindziej, jest moją wolą, aby nie było żadnych kwiatów, żadnych wieńców, żadnych przemówień, żadnego konduktu pogrzebowego" przyczem słowo żadnego wszędzie zostało podkreślone piórem.

Spoczął na cmentarzu Rossa w Wilnie w dn. 21. VII. 36 r.

Cześć Jego pamięci.

SPIS PRAC NAUKOWYCH PROF. STANISŁAWA WŁADYCZKI OGŁOSZONYCH DRUKIEM.

1. Wpływ morza i jego falowania na psychicznie chorych (Praca doktorska). Moskwa, 1907 (ros).
2. Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur. Nouvelle Iconographie de la Salpetriére. 1907 r.
3. Przyczynek do patologji rdzenia przy sklerodermji (ros.). Archiwum Uniwersytetu Kijowskiego, 1907 r.
4. Zmiany w neurofibrillach przy zatruciu arszenikiem i fosforem. Tamże, 1908 r.
5. Uwaga i zdolnosć do pracy umysłowej u chorych na dementia praecox. Przegląd neurologji i psychjatrji, r. 1908 (ros.).
6. Pathologisch-anatomische Veränderungen im centralen und peripherischen Nervensystem bei Tabakrauchvergiftung. Neurologisches Centralblatt 1909 r. Nr. 7.
7. Badania nad uwagą dzieci. Wiestnik Psichologii, 1909 r.
8. O kojarzeniu u paranoików. Przegląd Neurologji i Psychjatrji, 1909 r.
9. Wpływ dymu tytoniowego na ustrój nerwowy. Monografja (ros.) Prakticzeskaja Medicina, 1909 r.
10. Beiträge zur Methodik der objektiven Untersuchung von Geistenkranken. Zeitschr. f. Psychotherapie und Med. Psychologie, 1911 r. III.
11. Umiejscowienie ośrodków wazomotorów u człowieka. Przegląd Neurologji i Psychjatrji (ros.), 1910 r.
12. Badanie psychicznie chorych. Tamże.
13. Anafilaksja i jej znaczenie dla neurologji i psychjatrji—tamże.
14. O pracy mięśniowej przy paralysis agitans. Wraczebnaja Gazeta, 1911.
15. Reakcja Wassermana a stopień toksyczności surowicy krwi ludzkiej. Prakticzeskij Wraczeb., 1911 r. (ros.).

16. Tablica figur geometrycznych do badania nerwowo i psychicznie chorych. Wiestnik psichołogji. 1911.
17. Zmiany anatomo-patologiczne w paranoia chronica suggestiva. Russkij Wracz, 1912 r.
18. Paranoia suggestiva (ros.) Petersburg, 1912 r.
19. De l'infuence des poisons intestinaux (paracréve et indol) sur le systéme nerveux central des animaux. Annales de l'Institut Pasteur, 1913 r.
20. O bólach głowy przy obniżeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego Russkij Wracz, 1913 r.
21. Note sur les affectiones syphilitiques et parasyphilitiques du cerveau et sur le traitement de celles-ci. Odczyt wygłoszony w Londynie w 1913 r. na XVIII Zjeździe Międzynarodowym Lekarzy (wspólnie z prof. Bechterewem i prof. Pussepem).
22. Badanie czynności twórczej psychicznie chorych (ros.). Przegląd Neurologji i psychjatrji, 1913 r.
23. O autoskopji. Tamże.
24. O stosunku pomiędzy ciśnieniem wewnątrz-czaszkowem, a ciśnieniem w gałce ocznej. Protok. posiedzeń Związku przyrodników i Lekarzy Polskich w Petersburgu 1914 r.). Sprawozdanie Związku, 1914 r.
25. Komplet tablic do badania czynności intelektualnych u psychicznie chorych (wspólnie z prof. W. Bechtierewem), 1911—1914.
26. Jaskra prosta doświadczalna. Refer. na XII Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Warszawie w 1925 r. (wspólnie z prof. J. Szymańskim). Klinika Oczna, 1925 r.
27. La cure sucrée dans l'épilepsie. Odczyt wygłoszony na Kongresie Neurologów Franc. w 1925 r. Présse Médicale, 1925 r.
28. Sur l'hypotension intracranienne. Odczyt na Kongresie Neurologów Franc. w 1925 r. Revue Neurologique, 1925 r.
29. Catatonie comme conséquence des troubles organiques des noyaux gris centraux, Folia Neuropathologica Estoniana III, 1925 r.
30. Sur le question de la pathologie du systéme nerveux central dans la sclérodermie et dans la maladie de Raynaud. Odczyt na Kongresie Neurologów Franc. 1926 r. Comptes Rendus.
31. Sur un phénomene curieux: synergie fonctionelle entre l'orbiculaire des paupiéres et les peauciers du cou. Odczyt na Kongresie Neurologów Franc. w 1927 r. Comptes Rendus.
32. W sprawie snu i marzeń sennych. Lekarz Wojskowy, 1928 r.
33. W sprawie opieki nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie. Sprawozdanie z IV Zjazdu Higienistów w Wilnie w 1926 r.
34. Uwagi w sprawie neurastenji i neurastenizacji. Pol. Gazeta Lekarska 1930 r.
35. Leczenie schorzeń układu nerwowego (paralysis progressiva, tabes dorsalis, lues cerebri), w „Terapji szczegółowej", 1932.
36. Mocz ciężarnych, jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego. Rocznik psychjatryczny. Z XXI. 1933 r.
37. Szczawnica (oxalosis) a układ nerwowy, Neurologja Polska 1933 r. Z. I—IV, tom XVI.
38. Dieta w schorzeniach nerwowych. „Dietetyka", 1934 r. (łącznie z Dr Mackiewiczem).

Oprócz załączonego spisu prac naukowych pozostało po nim w rękopisach wiele odczytów i rozpoczęta monografja o nerwicach.

Adolf Falkowski.

KOMUNIKATY.

XVI ZJAZD PSYCHJATRYCZNY W LUBLINIE I W CHEŁMIE. 6.XII. — 8.XII. 1936.

Temat główny.

„Zagadnienie dziedziczności i zapobiegania w chorobach psychicznych."

1. Prof. Dr. *Teodor Marchlewski.* Tytuł zastrzeżony.
2. Prof. Dr. *Stefan Pieńkowski.* Powstanie i mechanizm dziedziczenia chorób występujących w pokoleniach.
3. Prof. Dr. *Stefan Borowiecki.* Stan i potrzeby badań nad dziedzicznością w psychjatrji polskiej.
4. Dr. *Bonawentura Kamiński.* Metodyka badań genealogicznych.
5. Dr. *Stanisław Świerczek.* Dziedziczność chorób psychicznych na podstawie materjału szpitalnego Zakładu w Owińskach.
6. Dr. *Leon Wander.* Psychohigjena i eugenika a choroby psychiczne.
7. Dr. *Mieczysław Biernacki.* Życie człowieka w świetle nowoczesnej fizjologji.
8. Dr. *Aleksander Ślączka.* Stwardnienie guzowate u 2 sióstr (sclerosis tuberosa).
9. Doc. Dr. *Władysław Sterling* i Dr. *Halina Jozowa.* Odrębne postacie kliniczne heredodegeneracji.
10. Dr. *Józef Handelsman* i Dr. *Feliks Kaczorowski.* Neuro-psychiczna heredodegeneracja rodzinna (analiza kliniczna czterech przypadków z zespołem Huntingtona).
11. Dr. *Zygmunt Messing.* Anatomja patologiczna choroby Huntingtona (3 przypadki).
12. Dr. *Wacław Drożdż.* Akcja zapobiegania chorobom psychicznym na terenie Lublina i Lubelszczyzny.

13. Dr. *Józef Kirschner.* Wyjaławianie jako środek zapobiegający szerzeniu się chorób umysłowych dziedzicznych.
14. Doc. Dr. *Witold Łuniewski.* Społeczno - psychjatryczne motywy hamowania rozrodu.
15. Płk. Dr. *Jan Nelken.* Zadania psychjatrji w walce lotniczo - gazowej.
16. Dr. *Juljan Dretler.* Badanie nad dziedziczeniem t. zw. psychoz mieszanych.

Tematy luźne.

1. Dr. *Marja Grzywo - Dąbrowska.* Samobójstwo we dwoje, samobójstwo wspólne, zabójstwo i samobójstwo z punktu widzenia psychopatologicznego.
2. Prof. Dr. *Wiktor Grzywo - Dąbrowski.* Samobójstwa rozszerzone w Polsce z lat 1931, 1932, 1933, 1934 i 1935 r.
3. Dr. *Stanisław Emiljanowicz.* Nakłucie podpotyliczne w świetle doświadczenia w Choroszczy.
4. Dr. *Halina Jankowska* i Dr. *Natalja Zandowa.* Badania doświadczalne nad okolicą III komory.
5. Dr. *Stanisław Paszkowski* i Dr. *Aleksander Ślączka.* Dwa przypadki choroby Picka z badaniem anatomicznem w jednym z nich.
6. Dr. *Aleksander Ślączka.* Przypadek sekcyjny leukodystrofji.
7. Dr. *Janina Skrzypińska.* Wpływ pewnych bodźców protopatycznych na chronaksję nerwu przedsionkowego.
8. Dr. *Janina Skrzypińska.* Dotychczasowe wyniki prób terapeutycznych jonizacją śródmózgową w oligophrenji.
9. Dr. *Stanisław Hrynkiewicz* i Dr. *Aleksander Rolecki.* Podstawowa przemiana materji w narkozie evipanowej jako metoda przemiany materji u chorych psychicznie.
10. Dr. *Halina Jankowska.* Zachowanie wapnia, potasu i białych ciałek krwi pod wpływem insuliny (doniesienie tymczasowe).
11. Dr. *Stanisław Hryniewicz.* Izoaglutyniny a zagadnienie przepuszczalności opon.
12. Dr. *Stanisław Hryniewicz.* Wyniki badań przepuszczalności opon w/g metody Waltera.
13. Dr. *Stanisław Świerczek.* Opadanie krwinek w psychozie manjakalno - depresyjnej i schizophrenji.
14. Dr. *Władysław Chłopicki.* W sprawie patofizjologji halucynacji słuchowych.

15. Doc. Dr. med. i fil. *Tadeusz Bilikiewicz.* Psychopatologja marzenia sennego.
16. Doc. Dr. *Gustaw Bychowski.* Psychoterapja w stanach niedocukrzenia.
17. Doc. Dr. *Gustaw Bychowski.* Z badań nad rodzinami oligofreników.
18. Dr. *Kazimierz Wize.* Z zadań higjeny psychjatrycznej. (Psychoanaliza a zapobieganie w chorobach psychicznych).
19. Dyr. Dr. *Wiktor Pieskow.* Rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi w Polsce.
20. Dr. *Natalja Zandowa.* O potrzebie przystąpienia do Międzynarodowej Ligi Opieki nad chorymi padaczkowymi.
21. Dr. *Bonawentura Kamiński.* Klasyfikacja psychjatryczna.
22. Dr. *Bonawentura Kamiński.* Bibljoteki i wydawnictwa psychjatryczne.
23. Dr. *Władysław Matecki.* Nerwicopodobne postaci schizophrenji jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze.
24. Dr. *Bonawentura Kamiński.* Syndrom Wicherta.
25. Dr. *Aleksander Buxakowski.* Kilka uwag o wynikach leczenia schizophrenji insuliną w Dziekance.

Za Komitet Organizacyjny

W. Drożdż *Fuhrman Ignacy*

I ZJAZD NEUROLOGÓW POLSKICH.

Dnia 4 i 5 lipca 1937 podczas XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie odbędzie się 1-szy *Zjazd Neurologów Polskich i Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.* Jako tematy główne wybrano:

1. Rola układu przedsionkowego w patologji nerwowej — dr. *Bau-Prussakowa* i dr. *Fiszhautówna.*

2. Zespoły wielogruczołowe przy schorzeniach przysadkowolejkowych—prof. dr. *Dzierżyński Władysław.*

3. Nerwice płciowe u mężczyzn z wyłączeniem psychorodnych — dr. *Higier Stanisław.*

Jest pożądane zgłaszanie referatów w związku z głównemi tematami. Referaty należy zgłaszać pod adresem gospodarza prof. dr. *Rothfelda Jakóba* — Lwów ul. Pijarów 6 — Klinika chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jana Kazimierza.

IV ZJAZD NAUKOWY OFICERÓW SŁUŻBY ZDROWIA.

IV Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia odbędzie się w Warszawie, w dniach od 7 do 9 stycznia 1937 roku. Komitet Zjazdu zaprasza do jaknajliczniejszego uczestnictwa w Zjeździe oficerów zawodowych i rezerwy, oraz lekarzy interesujących się sprawami wojskowej służby zdrowia.

W pierwszym dniu Zjazdu odbędą się dwa posiedzenia ogólne, na których zostaną wygłoszone następujące referaty programowe:

1. Dur plamisty i walka z nim.
2. Współczesne metody leczenia ran.
3. Zagadnienie zmęczenia w poszczególnych rodzajach wojska.
4. Stan przemysłu krajowego a zaopatrzenie armji w materjał sanitarny.

W drugim dniu Zjazdu obrady będą się toczyć w poszczególnych sekcjach. Wybrano następujące tematy programowe:

1. Zagadnienie leczenia i rokowanie w kile sercowo-naczyniowej.
2. Współpraca wojska i organizacyj cywilnych w zwalczaniu gruźlicy.
3. Leczenie operacyjne gruźlicy płuc.
4. Metody leczenia urazów i złamań w świetle materjału instytutu Chirurgji Urazowej.
5. Zagadnienie dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji.
6. Wydolność ustroju ludzkiego w świetle fizjologji i kliniki.
7 Sprawność narządu wzroku w związku z wymaganiami poszczególnych rodzajów broni.
8. Metody leczenia wczesnej kiły.
9. Ambulatoryjne leczenie rzeżączki w czasie pokoju i w czasie wojny.
10. Zagadnienie syntezy niektórych środków leczniczych.

Komitet Zjazdu prosi o zgłaszanie koreferatów i komunikatów na wymienione tematy do dnia 15 października b. r.

Szczegółowy program Zjazdu zostanie ogłoszony później.

Sekretarjat Zjazdu mieści się w Warszawie, ul. Górnośląska 45, tel. 9-73-57 (Redakcja „Lekarza Wojskowego").

Przewodniczący Zjazdu
Gen. Bryg. Dr. *Stanisław Rouppert*
Szef Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk.

ZAKŁAD CENTRALNY DLA BADAŃ NAD DZIEDZICZNOŚCIĄ LUDZKĄ.

(Bureau of Human Heredity, 115 Gower Street, London, England).

Zakład centralny ma na celu zbieranie w jaknajszerszym zakresie naukowych materjałów o dziedziczności ludzkiej. W czasie późniejszym planowane jest opracowanie tego materjału i postawienie go do dyspozycji dla celów naukowych.

Zakład ten pozostaje pod kierownictwem wydziału stowarzyszeń lekarskich i przyrodniczych angielskich i jest czynnym w ścisłym związku z Międzynarodowym Komitetem Dziedziczności.

Przyjmuje on wszelkie materjały z tej dziedziny. Wszelkie zastrzeżenia co do zużytkowania nadesłanego materjału będą uwzględnione.

Zakład uprasza o skierowywanie prac.

Podejmuje się on przechowywania materjałów, których drukowanie w całej objętości nie będzie możliwem.

Odbitki „międzynarodowych skrótów i oznak dla drzew genealogicznych" są do dyspozycji w Zakładzie.

Od czasu do czasu będą się ukazywać zawiadomienia o działalności Zakładu.

Przewodniczącym jest — prof. *R. Ruggles Gates*, F. R. S., Kings College, London.

Sekretarzem generalnym — mrs. *C. B. T. Hobson*, 443 Fulham Road, London, S. W. 10.

Skarbnikiem — sir *Laurence E. Halsey*, K. B. E., J. P.

KSIĄŻKI I PRACE NADESŁANE DO REDAKCJI.

Medycyna — W. Czasopismo Lek. — Nowiny Społ. Lek. — Nowiny Psychjatryczne — Lekarz Polski — Higjena Psychiczna — Zagadnienia Rasy — Czas. Sąd.-Lekarskie — Lekarz Kolejowy — Lekarz Wojskowy — Przegląd Dermatologiczny — Kronika Dentystyczna — Wiadomości Terapeutyczne — Prasa Lekarska — Medycyna Praktyczna — Medycyna Współczesna — Biologja Lekarska — Therapia Nova — Medycyna Praktyczna — Gazeta Lekarska Ślązka Polskiego — Bratisławskie Lekarskie Listy — Revue v Neurologii a Psychjatrji — Sowietskaja Psichonewrołogja.

M. Wirsubski. — Przypadek psychozy histerycznej, odb. z „Medycyny Nr 9, 1936.

Jan Gallus. — Przewodnik Neurologiczno-Psychjatryczny po Polsce.

Pamatnik na počest semdesátých Narożenin Prof. Dra. *Lad. Haškovce* — Revue v Neurologii a Psychiatrii. Roc. XXXIII cis. 5—6, 1936.

Prof. J. Mazurkiewicz — O rozwoju i niedorozwoju psychiki. Odb. z „Nowin Psychjatrycznych" Z. III—IV, 1935.

— Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania—odb. z „Pamiętnika VIII Lek. Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku — Cieplicy", W-wa 1936.

Jean Mazurkiewicz. — Quelques remarques sur la conscience et son évolution au cours de la vie humaine, odb. z „Revue Neurologii i Psichiatrii, c. 5—6, 1936.

B. G. Ananjew. — Psichołogia Piedagogiczeskoj Ocienki—Izdanie Instituta Mozga, Leningrad, 1935.

Psichiczeskije osobiennosti trudnowospitujemych i umstwienno-otstałych dietiej — praca zbiorowa—Izdanie Instituta Mozga, Leningrad, 1936.

M. Wirszubski — Neuropatologja porównawcza u Żydów i innych narodów — odb. z Pamiętnika Wileńskiego Tow. Lekarskiego, R. XII, zesz. 2—5, Wilno, 1936.

Ponadto wpłynęły:

— Małe Roczniki Statystyczne 1930, 1931, 1932, 1933, 1935, 1936.

— Rocznik Statystyki Rz. Polskiej 1929, 1930.

— Statystyka Spółek Akcyjnych. Wiadomości Statystyczne Gł. Urz. St., W-wa 1932.

— Statystyka Sądownictwa, Więziennictwa i Przestępczości, Wiad. Stat. Gł. Urz. St., W-wa, 1932.

— Statystyka Skarbowa. Wiad. Stat. Gł. Urz. St., W-wa, 1932.

— Statystyka Samorządowa. Wiad. Stat. Gł. Urz. St. W-wa, 1935.

— Statystyka Kredytowa. Wiad. Stat. Gł. Urz. St. W-wa, 1932.

— Statystyka Kultury i Oświaty. Wiad. Stat. Gł. Urz. St. W-wa, 1932.

— Zdrowotność Publiczna. Wiad. Stat. Gł. Urz. St. W-wa, 1932.

— Annales de la Seccion de Orientacion Profesional de la Escuela del Trabajo, c. III, Nr. 3, Barcelona 1930.

— Revista de psicologia i Pedagogia, a. III, v. 3 N. 12, Barcelona, 1935.

— VI-a Conferencia International de Psicotecnica, Barcelona, 1930.

Alfonso Teja Zabre — Guide de l'Histoire du Mexique, Mexique 1935.

„Słowak" — Rola Słowaczyzny w militarnym sojuszu Czechów z Bolszewicką Rosją, odbitka z mies. „Nasza przyszłość", t. XLVII, r. 1936. W-wa.

ANNALES PSYCHJATRIQUES

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ POLONAISE DE PSYCHIATRIE

Resumés du № XXVIII.

M. Sakel. (Clinique Neuro-psychiatrique — Université de Vienne. — Directeur: prof. Dr. Otto Pötzl). **Résultats nouveaux du traitement des psychoses par les états hypoglycémiques.**

Dans la prémiere partie de son travail l'auteur presente les résultats du traitement insulinique a la clinique de Vienne.

Les résultats des deux prémieres années du traitement sont suivants: sur 58 cas recents on a obtenu 88% des très bonnes améliorations, comptant 70,7% améliorations complètes. Sur 46 cas anciens — 47,8% des très bonnes améliorations, 19,6% appartenait aux améliorations complétes.

Dans la suite l'auteur présente deux nouvelles méthodes de son traitement. En traitant la stupeur catatonique il interrompe dans le momént de la plus forte éxcitation, que l'on observe réguliere-ment péndant la prémiere phase de l'état hypoglycémique.

Dans les cas de l'excitation catatonique l'auteur récommande de donnér l'insuline 3 fois par jour; la dose de l'insuline doit être suffisante pour calmer le malade pour toute la journée. L'interruption des ces états hypoglycémiques doît être précoce c'est á dire avant la pérte de la connaissance, alors au moment quand le malade peut éncore boire la solution du sucre; quand c'est impossible on doît attendre le moment de la perte de la connaissance et en ce moment interrompre l'état hypoglycémique par l'introduction du sucre á l'aide d'une sonde gastrique.

L'auteur considére comme probléme capital, le probléme du momént propice de l'interruption du choc.

K. Th. Dussig. (Clinique Neuro-psychiatrique — Université de Vienne. — Directeur: prof. Dr. Otto Pötzl). **Les résultats du traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques d'après la méthode du docteur Sakel en comparaison avec les évolutions spontanées de la schizophrénie. Communication provisoire.**

Pour constater dans quel grade le traitement insulinique surpasse les traitements actuelles, l'auteur a réuni tous les cas recents, qu'on traitait a la clinique de Vienne depuis le 30 Juin 1932 jusqu'au 30 Septembre 1933. Pendant ce temps passaient par la clinique de Vienne 94 cas recents.

Sur ces 94 cas il y avait seulement 15 améliorations complétes—nous pouvons alors désigner le pourcentage des améliorations complètes des cas de la schizophrénie qui etaient traitées par des autres methodes, que l'insuline, par le nombre 20,2%. Nons voyons ce chiffre monter à 70,7% á la suite du traitement insulinique.

L'auteur fait une paralléle éntre la durée du séjour á l'hôpital des malades traités par l'insuline et la durée du séjour concernant les améliorations spontanées—en moyenne—62 jours pour la première, 202—pour la deuxième. Refutant l'objection du danger du traitement insulinique l'auteur constate qu'ily avait ceulement 2 cas mortels des malades, traités par l'insuline, pendant que le nombre des décès á la suite du processus schizophrénique lui même était de 6 (3 suicides, 2—á la suite d'inanition, 1—á la suite de la nécrose des orteils).

M. Müller, prof. agrégé (Münsingen—Berne (Suisse)). **Les expér ences suisses sur le traitement avec les chocs insuliniens.**

L'auteur réfère les résultats suisses du traitement insulinien. On a commencé le traitement au mois d'aout 1935 á Münsingen, il était entrepris par 3 cliniques et 8 hopitaux; les cliniques de Zürich, Bâle, Lozanne, et les hopitaux de Bellelay-Berne, Bellevue-Landeron, Bellevue-Yverdon, Malévoz-Vallis, Münchenbuchsee-Berne, Oetwil-Zürich.

Le rassemblément des éffets au mois de août 1936 montre 118 traitements achevés. Des améliorations complêtes on a obtenu dans 47% des cas. Sur ces 47% on compte 78,8% des cas récents dont la durée est plus courte qu'une 1/2 année, 53,8% des cas, qui durent jusqu'a un an et demi, 0,5% pour les cas, qui durent plus qu'un an et demi.

Par amélioration compléte l'auteur comprend non seulement le rêtour des capacités pour exércer la profesion, mais aussi la resti-

tution complète du contacte, l'aptitude de la modulation des affections et un dressement critique envers la maladie.

L'influence positive du traitement pour tout le materiel clinique on voit dans 72% des cas, 86% pour les cas qui durent jusqu'a une demi année, pour les cas jusqu'a un an et demi 84,6% et enfin 45% pour les cas dont la durée depasse un an et demi.

En présence de ces faits l'auteur considère comme indication absolue de faire le traitement insulinien même dans les cas anciens.

L'auteur ne croît pas, que les crises épileptiques ont une influence quelconque sur l'amélioration. L'auteur nous met en garde contre la schematisation.

Dans le materiel suisse on a constaté un cas mortel avec des symptomes d'oedéme des poumons, á l'autopsie on a trouvé une hypoplasie du coeur.

L'auteur confirme l'indépendence des symptomes hypoglycémiques de la hauteur absolue du niveau du sucre.

Il constate comme *Rose* la dependance de la vitesse de la chute du niveau du sucre.

Les recherches *d'Heilbrunn* indiquent que les influences sympaticotoniques prédomiment souvent les influences vagotoniques: Les recherches de *Georgi* montrent: a) l'augmentation du potasse pendant le traitement, b) que le quotient calcio-potassique normal au debut du traitement donne un pronostique meilleur, que le quotient bas ou oscillant.

L'auteur considère comme effet le plus important de ses recherches la corcondance de ses résultats avec les résultats de la clinique de Vienne.

J. Borysowicz, J. Paradowski, J. Rose, St. Witek W. Zalewski. (Clinique Neurologique et Psychiatrique—Université de Wilno—Directeur: Prof. Dr. M. Rose). **Le traîtement de la schizophrénie par l'insuline.**

Les auteurs prèsentent des résultats curatifs obtenus chez 60 schizophréniques, traîtés par des grandes doses d'insuline avec la méthode auparavant étudiée dans la Clinique. Ainsi, on appliqua l'insuline tous les 2 jours par des injections intramusculaires, à jeun, une fois par jour. La première dose contenait 20 à 30 unités. Ensuite on relevait la dose de 10 à 15 unités. De cette manière on parvenait aux états de forte hypoglycémie, relativement aux chocs. Les états d'hypoglycémie et de chocs duraient chaque fois 2 à 3 heures. On appliqua chez chaque malade 20 à 40 heures de lo-

urde hypoglycémie et environ 15 chocs. Si le choc fut somnolent, on y laissait le malade une demi-heure, même plus longtemps, mais si le choc fut convulsif, on l'interrompait tout de suite. Pour la plupart on interrompait les chocs par des injections intraveineuses de glucose (40 p. 100), parfois les malades furent nourris par la sonde avec une solution de sucre. Après avoir interrompu le choc, le malade recevait à volonté des aliments richement sucrés, mais au moins 300 grammes d'hydrates de carbon. Pour éviter les chocs nocturnes, chaque malade recevait, le jour de son injection d'insuline, 2 heures après le souper, un thé bien sucré. Le temps de la durée du traîtement d'insuline, montait jusqu'à 2 mois.

Le matériel, comprenant 60 cas traîtés par l'insuline, se composait de 3 groupes.

Le prémier groupe comprenait les malades atteints récemment de la schizophrénie, ches lesquels la durée de la psychose ne dépassait pas un an. De ces 26 cas, chez 20 malades la psychose se présentait pour la première fois, chez 6 — la schizophrenie parut pour la deuxième fois.

Le deuxième groupe se composait de cas anciens, das lesquels la schizophrénie durait $1^1/_2$ à 5 ans. Dans le cours de la maladie, il arriva pourtant 1 à 6 fois à une amélioration spontanique (non remission).

Enfin le troisième groupe se composait de 24 cas anciens, dans lesquels la psychose parut pour la première fois et durait sans amèlioration 1 à 20 ans.

Tous ces groupes furent assemblés sur des tables, où on tint compte des résultats curatifs—immédiatement après le traîtement par l'insuline, le jour où les malades quittaient la Clinique et plusieurs mois avant de publier cet ouvrage. Or, il s'est montré plus d'une fois, que les cas, qui présentaient une amèlioration tout de suite après le traîtement, cédaient au bout de quelques semaines ou quelques mois à un empirement et au contraire, il arrivait, que les cas, qui ne montraient au début aucun changement, amélioraient ensuite leur état psychique.

Sur les 26 cas récents (I groupe), on obtint tout de suite ou au bout de quelques semaines après le traîtement 6 remissions et 4 améliorations considérables. Cependant la durabilité de ces résultats favorables s'est montrée peu signifiante. Les informations obtenues 6 mois après le traîtement sur l'état psychique des malades, ayant quittés la Clinique, nous aprennent, qu'il n'y a qu'une remission qui tient ferme jusqu'à prèsent: une remission changea en

amèlioration considérable. Dans le reste des cas de remission des rechutes eurent lieu. Des 4 amèliorations remarquables, 2 se maintiennent plus de 6 mois, 1 amélioration notable recula et 1 amèlioration changea en remission. Dans un cas, qui quitta la Clinique sans amélioration, il arriva aussi à une remission.

Des 10 cas anciens du II groupe, on obtint, tout de suite après le traîtement par l'insuline, 2 ameliorations remarquables d'état psychique dont l'une dure déjà à peu près 7 mois, la seconde recula bientôt. Une amèlioration considérable s'est fait voir plusieurs semaines après l'abandon de la Clinique par le malade et se maintient déjà depuis 3 mois environ.

Sur les 24 cas anciens du III groupe, il n'y avait d'amèlioration notable que dans un cas, qui se maintient plus de 2 ans. Les 23 cas ne montraient aucune réelle amèlioration.

Pour compter le pourcentage des résultats favorables, obtenus par le traîtement d'insuline, on prit les résultats notés au moment où les malades quittaient la Clinique. Il s'est montré à cette occasion, que dans 26 cas recents traîtes par l'insuline, le pourcentage de remissions et d'amèliorations considérables s'élève à 35 p. 100. Dans les 34 cas anciens on n'obtint que 3 amèliorations remarquables (pas une remission), ce qui constitue à peine 9 p. 100. Si l'on tient compte, que 2 de ces amèliorations notables concernaient des cas, dans lesquels on remarquait déjà avant le traîtement par l'insuline une ou deux amèliorations spontaniques — il faut arriver à cette conclusion, que l'action de l'insuline dans les cas anciens doit être considérée comme inéficace — contrairement aux données du Docteur *Sakel* de Vienne, qui pour les cas anciens traîtés par l'insuline, annonce 47.8 p. 100 de remissions avec aptitude à exercer sa professions, dont 19 p. 100 de remissions complétes.

Voulant marquer l'efficacité de la thérapie d'insuline dans les anciens ainsi que dans les cas nouveaux de schizophrénie — on compara des cas traîtés par l'insuline avec 102 cas de schizophrénie, admis à la Clinique et non traîtés par l'insuline. Cette comparaison prouve, que le pourcentage des remissions et des amèliorations remarquables, prises ensemble — le jour où les malades quittaient la Clinique — est presque le même dans les cas traîtés par l'insuline et de ceux, qui n'en étaient pas traîtés. Si l'on compare séparément les remissions et les améliorations considérables dans les cas recents traîtés par l'insuline et non traîtés, on aperçoit, que les cas traîtés donnent plus de remissions et les cas non traîtés plus d'améliorations. Cependant la distinction de l'améliora-

tion considérable et de la remission est pratiquement très difficile et se base souvent sur des données subjectives. Il faut ajouter, que l'appréciation des états pour les malades non traîtés par l'insuline fut faite en s'appuyant sur les anciennes notes des cartes d'hôpital, le jour de la sortie du malade. Pour les malades traîtés cette appréciation fut basée sur les observations faites pendant les derniers mois.

Il faut remarquer, que l'insuline a sûrement maintes fois l'influence de calmer le malade et souvent interrompt pour quelques heures l'état de stupeur, bien mieux que le font d'autres facteurs, provoquant des chocs.

Tout le temps de nôtre traîtement par l'insuline, il n'y avait pas eu de déces.

En attendant — la thérapie d'insuline se trouve dans la période d'épreuves et ce n'est que son application sur un bien plus grand matériel de malades, qui permettra de tirer une conclussion décisive de sa valeur curative dans les cas récents de schizophrénie, car dans les cas anciens, elle est — à nôtre avis — inéficace.

J. Borysowicz et M. Marzyński. (Clinique Neurologique et Psychiatrique—Université de Wilno—Directeur: Prof. Dr. M. Rose). **Remarques ultérieures sur le traîtement de la schizophrénie par grandes doses d'insuline.**

L'auteur publie les résultats du traitement de 31 cas de schizophrénie. Additionnant ceux — obtenus avec les soixante cas traîtés auparavant, l'auteur fonde ses observations sur un matériel de 91 malades.

On appliqua l'insuline selon la méthode de *M. Sakel* élaborée par notre clinique et publiée dans les Annales Psychiatriques 1935 et 1936. (Méthode du traîtement de la schizophrénie par l'insuline et Traîtement de la schizophrénie par l'insuline).

On partagea les malades en groupes: cas chroniques sans rémission, chroniques avec rémission et cas récents. Le premier groupe se compose de schizophrénie de plus d'un an de durée sans rémission.

Le deuxième groupe contient aussi des cas chroniques, dans lequels il y avait tout de même des rémissions spontatées.

Le troisième groupe présente des cas de psychose récente parue pour la première fois de moins d'un an de durée. Il faut considérer comme qualités favorable de l'insulinę, ses propriétés cal-

mantes les malades excités ainsi que son action sur les facteurs provoquant un choc et permettant l'interruption de la stupeur.

Dans les résultats définitifs sur le traîtement de l'insuline, on considéra les résultats obtenus tout de suite après la cure, le jour ou le malade abandonnait la clinique et selon la dernière information, reçue immédiatement avant la publication de çet ouvrage.

Le renseignement dernièrement réalisé montra que l'amélioration partielle qui se faissait voir après le traîtement progressait, parfois cependant on observait un empirement de l'état psychique.

Ainsi pour avoir une appréciation exacte, il faut absolument publier non seulement le résultat obtenu immédiatement pendant le traîtement même, mais aussi le cours suivant, le degré et la durée des resultats obtenus.

Sur 12 cas chroniques, on obtint immédiatement après le traîtement une amélioration considérable, qui changea en empirement selon la dernière information.

Dans 5 cas chroniques avec remissions, on obtint une amèlioration notable, qui tint ferme jusqu au moment de l'information reçue dernièrement et une rémission qui se maintint 2 semaines; cette dernière se changa en rechute.

On obtint chez 14 malades nouvellement atteints de psychose 5 rémissions et une amélioration remarquable. Avec les 26 cas publiés dans notre ouvrage précédant, la quantité d'améliorations monte à 37,5%. Les resultats obtenus prouvent que le traîtement de schizophrénie chronique est inefficace.

Ce traîtement appliqué aux malades nouvellement atteints ne démontre ni une grande différence dans le nombre de rémissions, ni d'amélioration remarquables (en somme) chez les malades qui ont subi le traîtement et ceux qui n'étaient pas traîtés de cette manière. Si nous considérons à part les cas de rémission et d'amélioration considérable, nous apercevrons un plus grand nombre de rémissions et moins d'améliorations, tandis que dans les cas non traîtés par l'insuline, nous aurons plus de cas d'amélioration et moins de rémission.

On n'a pas remarqué dans notre clinique pendant le traîtement avec l'insuline d'action nuisible.

Chez 91 malades pendant leur cure, on a obtenu 1087 chocs, toutefois il n'y avait aucun cas de mort ni de complication sérieuse.

A. Rutkowski. (Clinique Neurologique et Psychiatrique—Université de Wilno—Directeur: Prof. Dr. M. Rose). **Les effets de la**

thérapie par l'insuline de la schizophrénie dans la Clinique Neurologique et Psychiatrique de Wilno.

L'auteur rapporte les résultats de la thérapie par l'insuline de 29 cas de schizophrénie (16 récents et 13 anciens). Les résultats obtenus ne diffèrent en aucune sorte desr ésultats publiés précédemment par la Clinique. Ils sont pour les cas anciens 0 pour 100 de guérison et pour les cas nouveaux sur 16 — 4 rémissions et 1 amélioration considérable, ce qui fait 31.2 pour 100.

L'auteur ajoute les cas publiés précédemment avec les cas traîtés par lui et obtient le chiffre de 120 schizophrénes traîtés par l'insuline, ce qui est probablement le plus grand matériel actuel en Pologne et lui permet d'estimer la valeur de cette cure.

Se basant sur la statistique de schizophréniques, qui ont quittés l'hôpital et ne furent pas traîtés par l'insuline et de ceux, qui subirent ce traîtement, il conclut, que le nombre de rémissions et d'améliorations considérables, est dans les deux catégories prèsque identique — par contre le nombre absolu de rémissions dans les cas traités est plus grand, que d'améliorations considérables.

L'auteur constate, qu'il n'existe pas de parallèle entre les résultats de la cure et le nombre de chocs ou d'heures d'hypoglycémie, car mainte fois furent obtenus de bons résultats avec un petit nombre de chocs, dans d'autres, en les multipliant, les résultats furent nuls.

L'objection que le nombre de chocs et d'heures d'hypoglycémie fut non suffisant, serait justifiée, si d'autres auteurs indiqueraient avec une méthode aussi précise la durée d'hypoglycémie.

L'analise des cas de décès, publiès par d'autres auteurs chez les malades traîtés par l'insuline et les expériences de *J. Rose* sur les lapins, démontrent, que le prolongement excessif de l'hypoglycémie peut être néfaste. Comme d'autre part la statistique de la Clinique de Wilno nous apprend, que 35 p. 100 de schizophreniques guérissent par soi-meme, il serait une faute de prolonger les états d'hypoglycémie outre mesure.

Dans la plupart de cas traîtés, le nombre d'heures d'hypoglycémie est strictement dépendant de l'état géneral du malade et il est naturellement moindre là, où il provoque des convulsions et des affections du systéme circulatoire. Ces deux éventualités sont des indications absolues pour interrompre immédiatement l'hypoglycèmie. Dans les cas, où la reaction de l'organisme ne menace pas la vie, les heures d'hypoglycémie et les chocs peuvent être multipliés, ce qui fut fait dans une grande partie de cas prèsentés.

Les résultats, cités par l'auteur, ne sont pas conformes à ceux de *Sakel*, qui présente 47.8 pour 100 de vielle schizophrénie aptes au travail professionel. L'auteur en cite 9 p. 100 et de ceux $^{2}/_{3}$ après un certain temps, empirèrent considérablement leur état psychique.

L'insuline est certainement un excellent provocateur de chocs, son application prudente est inoffensive. Dans les états de grandes excitations elle calme et peut interrompre pour quelque temps les états de stupeurs catatoniques, en outre très souvent elle attribue à l'amèrioration de l'état physique.

Sa valeur curative dans les cas de schizophrénie récente pourra être appreciée définitivement après le traîtement d'un plus grand nombre de cas, en administrant une plus grande quantité d'heures d'hypoglycémie et de chocs.

G. Bychowski, M. Kaczyński, C. Konopka, K. Szczytt. (Clinique psychiatrique—Université de Varsovie — Directeur: prof. Dr. J. Mazurkiewicz). **Expériences sur le traitement des psychoses par la méthode des chocs hypoglycémiques.**

Les auteurs ont appliqué la méthode proposée par *Sakel* de Vienne au traitement des psychoses schizophréniques et — en la modifiant aux états dépressifs. La méthode consiste en administration des doses d'insuline de plus en plus fortes, jusqúà l'apparition des états comatiques.

Dans les états dépressifs les auteurs se sont arrêtés a une dose d'insuline suffisante pour provoquer l'état d'hypoglycémie sans atteindre l' état du choc profond. Celui la, constitué surtout par les symptomes d'orde végétatif, paraît exercer une influence favorable sur certains états de dépression endogène.

Dans les cas de schizophrénie on cherche à atteindre l'état du choc profond, dans d'autres termes le coma hypoglycémique.

On procède en augmentant progessivement les doses d'insuline, la dose nécessaire pour provoquer l'état comatique étant très diffèrente suivant le cas et variant entre 40 et 120 unités. Les auteurs donnent des précisions sur la technique à suivre et sur les mesures de précaution nécessaires afin d'éviter des dangers menaçants les malades se trouvant dans l'état du choc. On interrompt le choc par l'administration de carbohydrates soit par la voie endonasale, soit par injection intraveineuse de glucose.

Les auteurs caractérisent des symptômes d'ordre neurologique et psychopathologique, que l'on observe au cours des états hypogly-

cémiques. Ceux-ci réalisent des formes de désintegration du système nerveux central à des niveaux différents et présentent a ce point de vue un interêt considérable.

L'amélioration dans l'état mental se produit selon des lois et des mécanismes d'une grande richesse clinique.

Des cas aigus et des cas chroniques présentent a ce point de vue des particularités intéressantes.

La courte durée des observations ne permet pas encere des conclusions définitives, mais le pourcentage des guérisions complètes et des améliorations obtenues permet d'ores et déja de considérer la méthode comme un progrès thérapeutique très important.

J. Frostig, J. Kister, A. Manasson et Wł. Matecki. (L'Hôpital psychiatrique „Zofjówka" á Otwock — Directeur: Dr. J. Frostig). **L'étude experimentale sur le traitement insulinique de la schizophrénie.**

Aprés avoir réferé la literature, concernante les éxperiments sur l'action de l'insuline, les auteurs décrivent la technique du traitement insulinique.

Le traitement on fait dans des salles spécialement arrangées. Les lits ont une instalation particulière et dans chaque salle il y a des tables avec les instruments préparés pour l'intervention immédiate.

Pour 10 malades il y a un médecin, 2 soeurs qualifiées et 4 infirmiers. Le materiel clinique, sur léquel sont basées les résultats des observations, contient 1000 chocs graves et 432 chocs légers.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes; en fait de la symptomatologie il faut discerner 4 syndrômes des symptomes du choc insulinique.

1) Le syndrôme des troubles végetatifs et vasculaires (abaissement de la température, sudation, sialorrhée, un pouls inégal et souvent bas).

2) Le syndrôme des troubles motoriques (contractions tonico-cloniques, athétotiques, choréatiques, myocloniques et finalement une crise clonique).

3) Le syndrôme des troubles de la connaissance (perte de la connaissance apparition des réflexes pathologiques, le réflexe de *Babiński, Oppenheim, Meyer* etc.).

4) Les phénoménes psychiques (activation de la psychose dans la phase préalable et aprés les réveil).

Les auteurs définissent le choc insulinique grave par une triade symptomatique.

1) Les contractions tonico-cloniques.

2) L'état de la perte de la connaissance.

3) L'apparition des réflexes pathologiques.

Les auteurs distinguent un groupe spécial—le collapse myoclono-vasculaire, qui est classê par *Sakel* dans le groupe des crises épileptoidales.

En se basant sur 28 observations de collapsus les auteurs arrivet à la conclusion que ces états n'appartiennent pas au groupe des crises épileptoidales parce que:

a) ces contracions ont toujours un caractére myoclonique.

b) ils apparraissent toujours avec le collapse vasquulaire.

L'analise quantitative des symptomes du choc a donné des résultats suivants: sur 1432 chocs on voyait le ralentissement du pouls au dessous de 60/min. dans 15% de cas seulement, le chiffre le plus bas était 32/min.

Les auteurs croient, que l'action toxique surpasse l'action vagotonisante de l'insuline. La témpérature s'abaissait au dessous 35° C. dans 62,9% de chocs, au dessous 32° C. dans 2,7% seulement, la plus basse témpérature, qu'on notait, était 30,5°. Des troubles motoriques on a constaté dans 89% de tous les cas, de ce chiffre il faut enlever 2,8% de collapse myoclono-vasculaire. Des états d'une pèrte de la connaissance profonde on avait dans 74,8% de tous les chocs.

Parce que *Sakel* a attiré l'attention sur le rapport entre le choc sans sudation et le collapse myoclono-vasculaire, les auteurs ont observé ce phénoméne avec une attention particulière.

Ils ont trouvé dans leur materiel clinique 11% des chocs sans sudation (des collapses myoclono-vasculaires—28).

Sur 28 collapses, suaient 4 avant le collapse, 7—ne suaient pas.

Les auteurs signalent les dangers du traitement insulinique: 1) pendant la durée du choc: a) le spasme de la glotte, b) spasme des muscles de la réspiration, c) le collapse vasculaire. 2) à la suite d'une prédisposition individuelle (collapse myoclono-vasculaire, l'insuffisaance des organes a sécretion interne). 3) Les complications, 4) Les auteurs prévoient la possibilité des dégats de l'organisme.

À l'autopsie d'un cas mortel qu'on avait pendant le traitement ou a trouvé (*Chodkowski*).

1) un thymus persistant.

2) des foyers anémico-nécrotiques dans les noyaux gris du cerveau.

3) Ramollissements focales et hemorragies du pancreas.

4) Des vaisseaux êtroits.

Les auteurs arrivent á la conclusion que le traitement insulinique avec les chocs graves n'est plus dangereux que les autres méthodes médicales. Les jolies efets de ce traitement méritent pour qu'il soit récommandé.

J. Traczyński. (L'Hôpital psychiatrique Choroszcz—Directeur: Dr. St. Deresz). **L'hematologie du sang des malades traîtés par l'insuline.**

L'auteur analysa en 34 séries et 220 examens les images morfologiques du sang chez les 17 malades schizophréniques, traitès par l'insuline.

L'auteur a constaté une augmentation du nombre des leucocytes dans tous les cas pendant la sèance de l'insulination. Cette augmentation est la plus considérable au point culminant du choc hypoglycémique. Après l'injection de la glucose, ou l'introduction du sucre dans l'éstomac, le nombre des leucocytes diminue, et, après 24 heures revient à l'état observé avant l'injection de l'insuline.

Le quotient d'augmentation du nombre des leucocytes est plus considérable chez les malades à l'état clinique amélioré. Dans ces cas le quotient surpasse le double du nombre initial de leucocytes. En cas de l'aggravement des troublès psychiques, le quotient est plus bas, que le double.

Puis on a constaté, que l'intensité de la leucocytose ne depend ni de la dose pro die de l'insuline injectée, ni de la dose totale de l'insuline appliqué, ni du nombre des chocs hypoglicémiques.

La formule de *Schilling* démontre:

1) que parallelement à la leucocytose il existe dans tous les cas une tendance myélotique, c'est à dire l'augmentation des neutrofiles et l'abaissement du nombre des limfocytes,

2) une monocytose, plus remarquable dans la periode initiale de l'action de l'insuline.

G. Bychowski, prof. agrégé. (Clinique psychiatrique de l'Université de Varsovie.—Directeur: Prof. J. Mazurkiewicz). **Psychanalyse dans les états de hypoglycémie artificielle.**

Dans cette conférence, faite à la réunion internationale de psychanalyse á Marienbad, l'auteur êtudie des processus de la guérison, observés au cours du traitement insulinique de la schizophrénie. Il essaie de les expliquer au point de vue de la psychanalyse et de les utiliser dans le but thérapeutique. La lutte dramatique, livrée au cours du traitement par le moi pathologique, façonné d'après les tendances infantiles des plus primitives et le moi normal naissant et se constituant lors des états hypoglycémiques, se déroule avec une chance variable pour les deux partis. Dans les cas aigus des structures pathologiques, telles les idées délirantes et les hallucinations, peuvent subir la destruction complête. Dans les cas chroniques par contre tout se passe, comme si ces créations du moi malade ne seraient que refoulées—et elles peuvent réapparaître lors des nouveaux états de hypoglycémie provoquée (Psychose activée).

Grâce à l'affaiblissement du moi pathologique, provoqué par le choc hypoglycémique, la resistance diminue, le transfert se montre possible et des décharges kathartiques se font livrant un matériel jusquàlors inaccessible au médecin.

L'auteur propose certaines suggestions d'ordre thérapeutique, ayant pour but de fixer les résultats obtenus et de les développer au fur et à mesure, que le processus biologique de la guérison suit son train douloureux mais souvent efficace.

SPIS RZECZY ZAWARTYCH W XXVIII-ym ZESZYCIE.

RÉSUMÉS.

Zeszyt niniejszy, jako składający się z prac dawniej nadesłanych do Redakcji, zjawia się w druku jeszcze według starej pisowni.

1. „Rocznik Psychjatryczny" wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 3-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 30 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych. opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 24 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik Psychjatryczny".

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora, Warszawa, Matejki 6, m. 1. Prace są drukowane możliwie w kolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku" nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączyć do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografje będą wykonane na koszt własny autorów.

Druk. J. Jankowski i S-ka. Warszawa, Zielna 20. Tel. 519-77.